

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MOMENTOS DE NÃO SABER EM SESSÕES  
DESAFIANTES: UM ESTUDO QUALITATIVO COM  
PSICOTERAPEUTAS**

**Inês Castelo Branco Pulido Valente**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2015**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MOMENTOS DE NÃO SABER EM SESSÕES  
DESAFIANTES: UM ESTUDO QUALITATIVO COM  
PSICOTERAPEUTAS**

**Inês Castelo Branco Pulido Valente**  
**Dissertação orientada pelo Prof. Dr. Nuno Miguel Silva Conceição**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2015**

*You know more than you think you know,  
just as you know less than you want to know.*

~ Oscar Wilde

## AGRADECIMENTOS

*Ao Professor Dr. Nuno Conceição, pelo seu apoio e disponibilidade constante e por ter sempre acreditado nas potencialidades e interesses desta tese para a investigação em Psicoterapia. O seu profissionalismo, rigor e experiência fazem-me olhar para a investigação com maior respeito e interesse e consequentemente crescer enquanto futura psicóloga clínica.*

*Ao meu pai, por me fazer sempre acreditar que com persistência e trabalho conseguimos sempre o que queremos. Por me transmitir um poema de Fernando Pessoa, que me fez não desistir nos momentos mais difíceis: “Pedras no Caminho? Guardo todas, um dia vou construir um Castelo”.*

*À minha mãe, por tudo aquilo que sou, ou pretender ser, se dever a Ela. Pelo seu carinho e força perante os momentos menos bons desta longa caminhada, e por ser sempre o porto seguro dos meus desânimos, frustrações e dias difíceis.*

*À minha irmã, pela força e exemplo de dedicação e trabalho. Ao meu irmão, que apesar de distante, consegue estar presente.*

*Aos meus avós, e em especial à minha avó, que mesmo sem conseguir acompanhar o percurso académico de todos os seus netos, através da oração reza pelo sucesso de cada um, transmitindo assim uma força inexplicável.*

*Aos meus colegas de faculdade, em especial aos que me acompanharam neste último ano, e que através do seu companheirismo demonstraram o seu carinho e disponibilidade para ajudar sempre que era preciso.*

*A todos os professores e colegas com quem me fui cruzando durante o percurso académico, que me fizeram crescer, rir, chorar e perceber qual o caminho que desejo seguir.*

*A todos os terapeutas que participaram neste estudo, e que sem eles nada seria possível.*

*Finalmente, mas não menos importante, a todos e cada um dos meus amigos, que são, sem dúvida, um dos bens mais preciosos que tenho na vida.*

*Muito obrigada!*

## RESUMO

O trabalho psicoterapêutico está repleto de momentos desafiantes tanto para o terapeuta como para o paciente, que podem influenciar a eficácia da terapia em função do modo como são geridos. Desta forma, o presente estudo pretende explorar a experiência dos terapeutas face a desafios clínicos designados de *Momentos de Não-Saber* (*Moments of Not Knowing - MONK*). *MONK* é definido como experiências significativas e repetidas de incerteza e dúvida por parte dos terapeutas durante as sessões, sendo caracterizado por momentos em que os terapeutas são desafiados na forma mais comum de trabalharem, levando-os a experienciar sentimentos de improdutividade ou a sentirem-se de alguma forma perdidos no processo terapêutico, sem saber o que fazer, comunicar ou como estar.

Foi construído um guião para recolher os dados especificamente ancorados num momento concreto e além dele. Com este guião, tenta-se a) compreender como *MONK* são experienciados e percebidos pelos terapeutas; b) explorar o que estes fazem concretamente para lidar com *MONK*; c) averiguar sobre a existência prévia de treino formal ou informal que os ajude a lidar com *MONK*; e ainda d) compreender as lições e aprendizagens adquiridas com momentos *MONK* ao longo da sua carreira em geral. Os dados foram recolhidos numa amostra de 44 psicoterapeutas internacionais.

Os resultados demonstram a influência que as rupturas na aliança terapêutica mostram ter para a ocorrência de Momentos de Não-Saber e os sentimentos dolorosos que os terapeutas experienciam face a *MONK*. A meta-comunicação e a postura de presença terapêutica e *mindfulness*, destacam-se enquanto estratégias adoptadas pelos terapeutas para lidarem com *MONK*. Os resultados revelam também possíveis tipos de treino que mais auxiliam os terapeutas nestes momentos, entre eles a supervisão e o treino em *mindfulness*.

Discutem-se limitações do estudo e implicações dos resultados para o treino e prática psicoterapêutica. São apresentadas considerações metodológicas e sugerem-se linhas de investigação futuras.

**Palavras-Chave:** Aliança Terapêutica, Desafios Clínicos, Presença Terapêutica, Tomada de Decisão

## ABSTRACT

The psychotherapeutic work is filled with challenging moments, both for the therapist and the patient. The way those two parties cope with those challenges will influence the efficacy of the therapy. Thus, this research aims to explore therapists' experiences regarding clinical challenges called "Moments of Not Knowing" – *MONK*. *MONK* are defined as significant and repeated experiences of uncertainty and doubt during sessions. During a *MONK*, therapists are repeatedly challenged in their usual ways of working and dealing with clients, which may induce awkward behaviours and ultimately lead them to experience feelings of unproductivity and disorientation.

In this context, an interview schedule was built to collect data concerning not only a specific recent *MONK* moment but also *MONK* in general. Thus, the purpose of this study is to try to a) understand how a *MONK* is experienced and perceived by therapists; b) explore and understand what therapists specifically do to deal with a *MONK*; c) investigate the possible existence of prior formal or informal training that can help them deal with a *MONK*, and finally; d) to comprehend the kind of knowledge a *MONK* can actually provide to therapists throughout their careers. The data was gathered from a sample of 44 international psychotherapists.

The results prove the relationship between therapeutic alliance ruptures and the so-called "Moments of Not Knowing" and also the painful feelings that therapists face when challenged with a *MONK*.

Meta-communication, therapeutic presence and *mindfulness* stand out as the most common strategies adopted by therapists to deal with *MONKs*. The results also revealed possible types of training that better assist therapists in those moments, such as supervision and *mindfulness* training.

Both the limitations of this study and implications of the results for training and psychotherapeutic practice are hereby discussed, as well as several methodological considerations and potential new approaches for future research.

**Keywords:** Therapeutic Alliance, Clinical Challenges, Therapeutic Presence, Decision-making

## ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO .....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
2.1 Dificuldades, Rupturas e Impasses em Psicoterapia .....	4
2.2 Reações/Postura dos Terapeutas face a momentos de tensão em Psicoterapia.....	11
2.2.1 Tolerar Momentos de Incerteza em Psicoterapia.....	11
2.2.2 Postura <i>Not Knowing</i> .....	13
2.2.3 Presença Terapêutica .....	14
2.2.4 <i>Mindfulness</i> .....	18
III. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....	22
IV. MÉTODO .....	24
4.1 Procedimento e Participantes .....	24
4.2 Instrumento de Recolha de Dados .....	25
4.3 Procedimento de Análise de Dados .....	28
V. RESULTADOS .....	30
5.1 Apresentação e Análise dos Resultados .....	30
VI. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1</b>	Caracterização da amostra do estudo.....	25
<b>Quadro 2</b>	Frequência e valores médios das respostas dos participantes a cada questão quantitativa.....	44
<b>Quadro 3</b>	Cruzamento da variável Treino em <i>Mindfulness</i> X Competência para Trabalhar com <i>MONK</i> em psicoterapia, e respectivas frequências.....	ANEXO B
<b>Quadro 4</b>	Cruzamento da variável Treino em <i>Mindfulness</i> X Abertura a <i>MONK</i> em psicoterapia, e respectivas frequências.....	ANEXO B
<b>Quadro 5</b>	Cruzamento da variável Treino em <i>Mindfulness</i> X Abertura para se deixar ser ensinado e supervisionado pelos seus pacientes, e respectivas frequências.....	ANEXO B
<b>Quadro 6</b>	Cruzamento da variável Prática Profissional X Competência para Trabalhar com <i>MONK</i> em psicoterapia, e respectivas frequências.....	ANEXO B
<b>Quadro 7</b>	Cruzamento da variável Prática Profissional X Abertura a <i>MONK</i> em psicoterapia, e respectivas frequências .....	ANEXO B
<b>Quadro 8</b>	Cruzamento da variável Prática Profissional X Abertura para se deixar ser ensinado e supervisionado pelos seus pacientes, e respectivas frequências.....	ANEXO B
<b>Quadro 9</b>	Subcategorias de “ <i>Monk experienced and perceived by therapist</i> ”, com total de fontes e referências.....	ANEXO C
<b>Quadro 10</b>	Subcategorias de “ <i>What therapist does to handle monk</i> ”, com total de fontes e referências.....	ANEXO C
<b>Quadro 11</b>	Subcategorias de “ <i>Formal and informal training</i> ”, com total de fontes e referências.....	ANEXO C



<b>Quadro 12</b>	Subcategorias de “ <i>Lessons learned from monk</i> ”, com total de fontes e referências.....	ANEXO C
<b>Figura 1</b>	Árvore de subcategorias da categoria “ <i>Monk experienced and perceived by therapist</i> ” e respectivo número de fontes referenciadas.....	36
<b>Figura 2</b>	Árvore de subcategorias da categoria “ <i>What Therapist does to handle MONK</i> ” e respectivo número de fontes referenciadas.....	39
<b>Figura 3</b>	Árvore de subcategorias da categoria “ <i>Formal and Informal Training</i> ” e respectivo número de fontes referenciadas.....	41
<b>Figura 4</b>	Árvore de subcategorias da categoria “ <i>Lessons learned from MONK</i> ” e respectivo número de fontes referenciadas.....	43

## **ANEXOS**

- Anexo A** Instrumento de Recolha de Dados – Versão atualizada na plataforma online.
- Anexo B** Cruzamento de Variáveis Quantitativas.
- Anexo C** Quadros de Categorias principais com Total de fontes e referências de cada subcategoria.

## **I. INTRODUÇÃO**

O trabalho psicoterapêutico é frequentemente experienciado pelos terapeutas como conceptual e emocionalmente exigente, estando associado a desafios clínicos e tomadas de decisão constantes, que nem sempre se constituem num trabalho fácil para os terapeutas. A relação estabelecida com os seus pacientes é considerada como um componente crítico e ativo da mudança e eficácia da terapia, verificando-se que a qualidade da relação terapêutica mostra ter impacto tanto no sucesso, como no insucesso do processo terapêutico (e.g. Barber, Connolly & Crits-Christoph, 2000; Canstonguay, Constantino & Holtforth, 2006; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Como tal, compreende-se que as exigências e desafios inerentes à relação estabelecida entre terapeuta e paciente desafiam os terapeutas nas suas formas mais comuns de trabalhar, podendo influenciar a eficácia de um trabalho clínico produtivo.

Desta forma, tal como em todas as relações humanas, a relação entre terapeuta e paciente é caracterizada por momentos de conflito e hostilidade que podem comprometer o resultado terapêutico, em função da forma como são geridos. Estes momentos de tensão e ambivalência entre terapeuta e paciente, podem contribuir tanto para o desenvolvimento de rupturas na aliança terapêutica como para a ocorrência de situações de impasses terapêuticos, sendo estes inevitáveis (Safran & Muran, 2000).

A investigação realizada nesta área tem-se debruçado sobre momentos de rupturas na aliança e impasses terapêuticos e, sobre o modo como os terapeutas experienciam, dão significado e toleram estes mesmos desafios interpessoais (e.g. Coutinho, Ribeiro & Hill, 2011; De Stefano et al., 2007; Hill, Nutt-Williams & Heaton, 1996; Moltu & Binder, 2011; Moltu, Binder & Nielson, 2010; Safran & Muran, 2000). É de salientar ainda, que a investigação demonstra que a melhor ou pior contribuição do terapeuta para o processo psicoterapêutico é muito determinada pela sua capacidade de reconhecer tais situações e adoptar uma atitude construtiva em relação aos desafios interpessoais que inevitavelmente ocorrem (Moltu & Binder, 2011).

Neste sentido, vários são os autores que apontam para a importância do terapeuta adoptar uma posição de abertura e aceitação perante qualquer dificuldade que possa emergir na relação com o paciente ou até mesmo dentro de si (e.g. Geller & Greenberg, 2012; Safran & Belotserkosky, 2009). Assim, face aos desafios que ocorrem em qualquer processo terapêutico, o terapeuta beneficia ao adoptar uma postura que seja o

mais genuína possível, mostrando-se disponível e aberto à experiência do paciente como também consciente da sua própria experiência emocional e das dificuldades que experimenta enquanto clínico. Tal postura de aceitação com o próprio e com a experiência emergente, permite que o terapeuta lide com as diversas emoções intensas que possam surgir em sessão com o paciente, e que reconheça, tolere e integre eficazmente os seus pensamentos, sentimentos, fantasias e ações emergentes da experiência (Safran & Belotserkosky, 2009).

Sendo o interesse da presente investigação a tentativa de compreender como os terapeutas experienciam e lidam com situações de dificuldade, rupturas ou impasses que contribuem para experiências significativas de dúvida e incerteza, é necessário abordar uma revisão de literatura em torno desta problemática e sistematizar investigações empíricas anteriormente realizadas nesta área.

Assim, a revisão de literatura aborda primeiramente a aliança terapêutica e o seu impacto para a mudança e eficácia da terapia; debruçando-se de seguida sobre rupturas na aliança e impasses que inevitavelmente ocorrem em todos os processos psicoterapêuticos.

Posteriormente, na tentativa de compreender a posição dos terapeutas face aos momentos anteriormente descritos, importa abordar reações/postura dos terapeutas perante situações de tensão. Desta forma, é referida a posição dos terapeutas face à tolerância da incerteza em psicoterapia, e reflete-se sobre o papel prejudicial que o conhecimento do terapeuta e as intervenções técnicas apressadas podem ter perante momentos de incerteza e dúvida, fazendo referência à abordagem sistémica *Not Knowing*.

Por fim, mas não menos importante, é destacada a Presença Terapêutica e o *Mindfulness*, que mostram empiricamente ter influência na qualidade da relação terapêutica e, consequentemente, nos resultados terapêuticos positivos. Estas duas posições são investigadas por vários autores que observam que a adopção de tal postura pode ajudar os terapeutas a lidar eficazmente com os desafios interpessoais.

Desta forma, estamos interessados em conhecer melhor como os terapeutas se posicionam face a desafios clínicos, nestes momentos difíceis em que não sabem o que fazer ou tudo o que sabem não está a resultar – i.e. quando são convidados a deixar temporariamente de parte a sua orientação teórica ou os esquemas e modelos teóricos a que estão mais habituados. Ou de uma forma mais simples, se e como é que os terapeutas vivem e lidam com estes momentos e o que aprendem com a sua experiência.

Assim, a presente investigação foca-se na tentativa de compreender como os terapeutas experienciam e lidam com momentos de impasse e incerteza em sessão, tendo-se como objectivo explorar a sua experiência relativamente àqueles que designámos de Momentos de Não Saber (*Moments of Not Knowing – MONK*).

*MONK* é aqui definido como experiências significativas e repetidas de dúvida e incerteza por parte dos terapeutas durante as sessões. Nestes momentos, os terapeutas são desafiados nas suas formas mais comuns de trabalhar, levando-os a experienciar sentimentos de improdutividade ou a sentirem-se de alguma forma perdidos no processo terapêutico, sem saber o que fazer ou como estar.

Para tal, foi utilizada uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, com recurso a um guião criado que convidava os participantes do estudo a evocarem para a sua consciência uma sessão recente caracterizada pela ocorrência de *MONK*. Através do foco nos detalhes específicos dessa sessão, eram apresentadas cinco questões de resposta aberta e ainda cinco questões quantitativas para capturar informações extra que possam ser relevantes para compreender o fenómeno em estudo.

Foi ainda dada a oportunidade opcional aos terapeutas para completarem uma escala sobre o constructo de Presença Terapêutica – *Therapeutic Presence Inventory* (Geller, Greenberg & Watson, 2010), em relação à sessão específica que foram convidados a recordar. Devido a constrangimentos temporais, os dados recolhidos através desta medida não serão analisados. Participaram 44 psicoterapeutas internacionais, maioritariamente Americanos, independentemente do modelo ou abordagem teórica que seguem.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 DIFICULDADES, RUPTURAS E IMPASSES EM PSICOTERAPIA

A psicoterapia pode ser vista como um processo único e complexo, com sucesso dependente de um grande número de variáveis, entre as quais o paciente, o método de tratamento, o psicoterapeuta, o contexto, a relação entre terapeuta e paciente (Norcross, 2011), entre outras. Tal complexidade contribui para que a psicoterapia seja um processo carregado de momentos de incerteza e tomadas de decisão tanto para terapeutas como para pacientes. Desta forma, e tal como Orlinsky e Ronnestad (2005) afirmam, este processo pode ser experimentado pelos terapeutas como gratificante e positivo, mas pode ser também sentido como difícil, estando por vezes associado a sentimentos de raiva, ansiedade, choque, culpa e tristeza.

Como tal, na tentativa de compreender as dificuldades sentidas pelos terapeutas aquando do encontro com os seus pacientes, torna-se relevante abordar o conceito de *aliança terapêutica* de forma sistemática. A relação terapeuta-paciente e o seu impacto no resultado terapêutico tem sido objecto de estudo e interesse no último século, apontando para conclusões de que uma aliança terapêutica positiva está relacionada com resultados terapêuticos também positivos (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Como consequência da quantidade de investigação substancial e consistente realizada, a aliança terapêutica é descrita como um componente crítico e ativo no processo de mudança (Horvath & Symonds, 1991; Safran & Muran, 2000).

Bordin (1979) conceptualiza a aliança terapêutica como um factor de mudança comum e transversal às várias formas de terapia, que assenta na (i) concordância entre paciente e terapeuta em relação às tarefas da terapia; (ii) concordância em relação aos objectivos da terapia; e (iii) um laço afectivo entre terapeuta e paciente. Wampold (2001), por sua vez, caracteriza a aliança terapêutica como uma relação afectiva entre terapeuta e paciente, incluindo a motivação e competência do paciente para trabalhar em colaboração com o terapeuta, a resposta empática do terapeuta ao envolvimento afectivo do paciente, como ainda o acordo de ambos face a objectivos e tarefas da terapia.

A qualidade da aliança terapêutica tem sido considerada como o melhor preditor de resultados em psicoterapia. A investigação empírica realizada em torno deste conceito demonstra que uma melhoria na qualidade da aliança durante o curso de tratamento se constitui como um bom preditor de resultados terapêuticos positivos (e.g. Barber et al., 2000) e que, uma fraca aliança terapêutica no início do processo é preditor

de terminação do tratamento por parte do paciente (e.g. Canstonguay et al., 2006). Posto isto, a qualidade da relação terapêutica pode ser vista como um factor denominador tanto do sucesso como insucesso da terapia, constituindo-se como a base indispensável onde a intervenção terapêutica se alicerça e frutifica.

A discussão contínua de tarefas e objectivos da terapia são parte da negociação entre terapeuta e paciente. Esta negociação é mais do que uma tentativa de acordo entre tarefas e objectivos; é parte integrante do diálogo complexo entre paciente e terapeuta que ocorre a um nível consciente e inconsciente e que está, de certa forma, repleto de potenciais conflitos interpessoais ou rupturas que desafiam a aliança.

Neste sentido, Muran e Hungr (2013) reforçam a ideia de que, tal como em todas as relações humanas, o processo psicoterapêutico entre paciente e terapeuta está carregado de momentos caracterizados por conflitos e hostilidades, os quais podem ter um efeito negativo ou positivo na aliança em função da forma como são geridos.

Para Muran, Safran e Eubanks (2010), independentemente do tipo de terapia e até mesmo do tipo de competências que um terapeuta possua, as **rupturas na aliança** são inevitáveis e podem ocorrer em todos os processos psicoterapêuticos. Desta forma, atendendo à conceptualização da aliança terapêutica acima descrita, uma ruptura pode ser definida como uma deterioração na aliança, manifestada pela falta de colaboração entre paciente e terapeuta relativamente às tarefas ou objetivos, ou por uma tensão no laço (Safran & Muran, 2000).

Na prática, uma ruptura na aliança terapêutica pode ser considerada como uma mudança negativa na qualidade da aliança estabelecida ou como uma dificuldade em estabelecer um laço. Esta tensão pode ser subtil (e.g. o paciente concorda passivamente com a tarefa terapêutica) ou óbvia (e.g. o paciente questiona a utilidade da terapia). Neste sentido, Safran e Muran (2000) agrupam as rupturas na aliança entre terapeuta e paciente em duas categorias distintas, tendo por base marcadores específicos do paciente:

(i) Rupturas de Afastamento – em que o paciente pode por um lado afastar-se do terapeuta (por exemplo, evitando perguntas do terapeuta) ou, por outro lado, pode mover-se em direção ao terapeuta, mas de uma forma que nega um aspecto da sua experiência – e,

(ii) Rupturas de Confrontação – em que o paciente se move contra o terapeuta, seja por expressar raiva ou insatisfação de forma não-colaborativa (por exemplo,

queixas hostis sobre o terapeuta ou o tratamento) ou por tentar pressionar ou controlar o terapeuta (por exemplo, fazendo exigências ao terapeuta).

A identificação de situações de ruptura de acordo com estas duas categorias, facilita o processo de tomada de decisão para a sua resolução, bem como contribui para o reforço de competências do terapeuta no reconhecimento de padrões de ruptura recorrendo a marcadores do paciente que se podem manifestar sob a forma de frases, ações ou sinais reveladores de tais situações.

Com o intuito de compreender a experiência dos terapeutas e pacientes face a rupturas na aliança terapêutica, Coutinho et al., (2011) conduziram um estudo empírico com 8 terapeutas. A cada terapeuta do estudo foi atribuído um paciente com perturbação de personalidade e as primeiras 15 sessões terapêuticas foram filmadas e analisadas segundo o *Rupture Resolution Rating System* (Mitchell, Eubanks-Carter & Muran, 2011). Uma semana após a ruptura, pacientes e terapeutas foram entrevistados em relação a tais momentos. O referido estudo demonstra resultados interessantes que devem ser atendidos: 1) os eventos das rupturas envolvem tipicamente uma repetição de rupturas anteriores; 2) a ruptura emerge quando o paciente não está preparado para responder à intervenção do terapeuta; 3) tanto terapeuta como paciente se sentiram confusos e ambivalentes; 4) eventos de confrontação ativam sentimentos negativos e intensos. A partir dos resultados observados, os autores recomendam que os terapeutas devem ser objecto de formação específica que os ajude a lidar com as rupturas, uma vez que se constatou que os terapeutas estavam conscientes das situações de ruptura, mas sem capacidade ou competência para as resolver.

Nestes sentido, Safran e Muran (2000) propõem uma tipologia de estratégias de resolução de rupturas tanto diretas como indiretas, na tentativa de renovar ou reforçar o laço emocional entre terapeuta e paciente. Com este intuito, uma abordagem direta pode envolver uma simples clarificação do tratamento ou do mal-entendido entre o terapeuta e o paciente, explorando o tema relacional central; enquanto que uma abordagem indireta pode envolver simplesmente uma mudança de tarefa ou tratamento quando há desacordo, promovendo uma nova experiência relacional.

É de salientar ainda que a investigação mostra que estas situações são acontecimentos comuns que ocorrem com elevada frequência no processo terapêutico e que, se por um lado podem ser preditores de resultados negativos e de terminação prematura da terapia, por outro, quando eficazmente resolvidos, proporcionam resultados positivos (e.g. Eubanks-Carter et al., 2010; Safran, Muran & Eubanks-Carter,



2011). Assim, as rupturas são consideradas como momentos importantes para a mudança terapêutica e como uma oportunidade para explorar e reestruturar os esquemas interpessoais e mal adaptativos do paciente (Safran & Muran, 2000).

Neste contexto, Binder (2004) refere-se às rupturas terapêuticas como um *impasse terapêutico* inevitável. Este constructo de *impasse* tem ganho especial atenção entre vários autores que procuram arranjar uma definição mais estreita para o fenómeno, na tentativa de o compreender de forma mais aprofundada (e.g. Binder, 2004; De Stefano et al., 2007; Hanh, 2000; Hill et al., 1996).

De Stefano et al., (2007) definem o *impasse* terapêutico como uma consequência da dificuldade sentida em momentos de sessão caracterizado pela ineficácia ou falta de competência. Dada a complexidade da natureza do trabalho clínico, estes momentos ocorrem especialmente quando os terapeutas percebem estagnação no trabalho com o paciente, ou quando alcançam um período em sessão que se sentem presos e com dúvidas de como proceder.

Hill et al., (1996), destacam também o facto de que em terapias de longo curso e especialmente com pacientes que apresentam sofrimento intenso, é também comum a relação terapêutica se transformar em fases de estagnação e *impasse*. Para estes autores, o *impasse* é definido como um bloqueio ou um empate que faz com que a terapia se torne tão complicada ou difícil que o seu progresso não é mais possível e a terminação ocorre. Sublinham ainda que estes momentos são tipicamente acompanhados por sentimentos de raiva, decepção, tédio, defensividade e falha por parte do cliente, do terapeuta ou de ambos.

O estudo realizado por estes autores (Hill et al., 1996) acerca dos *impasses* sentidos por 12 terapeutas durante o processo terapêutico, concluiu que as variáveis associadas a estes *impasses* estão, na maioria dos casos, relacionadas com (i) a história dos problemas interpessoais do paciente, (ii) com a falta de acordo entre terapeuta e paciente sobre as tarefas e objetivos da terapia, (iii) com interferência de terceiros na terapia, (iv) com a transferência/contratransferência, (v) com problemas pessoais, bem como (vi) com possíveis erros do terapeuta.

Contrariamente a Hill e colaboradores (1996), um ano mais tarde, Binder e Strupp (1997) referem que os processos negativos que levam à terminação precoce da terapia sem melhorias significativas, correspondem a “falhanços terapêuticos”. Para estes autores, *impasses* terapêuticos destacam-se por serem compreendidos como fases complexas e difíceis, que incluem mal-entendidos na relação entre terapeuta e paciente,

mas que podem ser resolvidos com sucesso e que contribuem de certa forma para o enriquecimento da interação terapêutica.

Perante esta visão de impasse enquanto processo difícil mas positivo, Moltu, Binder e Nielson (2010) através de entrevistas realizadas a 12 terapeutas altamente experientes exploram momentos específicos de impasses que foram resolvidos com sucesso. Os resultados observados a partir desta investigação qualitativa, demonstram a importância que os terapeutas atribuem a estes momentos para o seu desenvolvimento profissional e, consideram a presença terapêutica – disponibilidade e abertura para aceitar a sua própria experiência e a do paciente – como chave para lidar com tais situações.

Tal como as rupturas na aliança e os impasses terapêuticos, a transferência e contratransferência são também inevitáveis em psicoterapia (Safran et al., 2011). Desta forma, a **contratransferência** destaca-se neste contexto, podendo ser considerada como factor que contribui para a ocorrência de tais situações (Hill et al., 1996). Vários autores acreditam que as reações intensas dos terapeutas face às dificuldades sentidas em terapia envolvem, na maior parte das vezes, a contratransferência (e.g. Gelso & Hayes, 2007; Hahn, 2000). Este fenómeno é constituído pelas reações internas ou externas dos terapeutas que são moldadas por conflitos emocionais, passados ou presentes, e vulnerabilidades destes. Nesse sentido, trata-se de um fenómeno universal em psicoterapia já que todos os terapeutas, em virtude da sua humanidade, têm conflitos e vulnerabilidades por resolver, sendo que a relação íntima e as exigências emocionais da psicoterapia tendem a potenciar esses conflitos e vulnerabilidades, transferindo-os para o trabalho terapêutico.

Hayes, Gelso e Hummel (2011), conduziram um estudo empírico sobre a contratransferência, a gestão destas reações e a relação de ambas com o resultado psicoterapêutico. O resultado mais significativo observado através de três meta-análises mostra que a gestão eficaz destas reações está associada a um resultado terapêutico positivo, podendo ajudar os terapeutas a melhor compreender os seus pacientes através da totalidade de sentimentos e emoções que despoleta nele, bem como compreender o trabalho realizado em terapia.

Posto isto, Gelso e Hayes (2007) descrevem a auto-percepção como uma pré-condição necessária para conectar a experiência do terapeuta com a experiência do cliente, sendo que a consciência de si e o atender continuamente ao mundo interno são chaves para reconhecer e gerir as dificuldades bem como as possíveis reações de

contratransferência que podem surgir no terapeuta. No mesmo sentido, Geller e Greenberg (2012) defendem que tais reações são altamente possíveis num trabalho centrado na presença, uma vez que os terapeutas estão abertos e em contacto direto a um nível emocional, físico, cognitivo, espiritual e relacional com os seus pacientes, bem como em contacto consigo mesmo a todos estes níveis. Estar consciente de si mesmo e do outro, da maneira que a presença evoca, permite que o terapeuta reconheça quando as reações de contratransferência surgem e as trabalhe internamente.

Para além da contratransferência, as dúvidas que os terapeutas podem experienciar relativamente à sua auto-eficácia para ajudar o paciente, pode também originar tensão entre terapeuta e paciente e, consequentemente, dificultar o processo clínico. Assim, Orlinsky (2005) considera que o trabalho terapêutico exige inúmeras competências do terapeuta, pelo que quando são insuficientes ou quando o terapeuta se sente inseguro em relação às mesmas, experimenta dificuldades na prática clínica. Atendendo ao estudo realizado por Davis et al., (1987), relativo à análise das descrições dos terapeutas sobre as dificuldades sentidas na prática clínica, é possível agrupar três dimensões. A primeira dimensão refere-se a *dúvidas de desempenho profissional*, que envolve o sentimento de insegurança acerca da eficácia com um paciente, a falta de confiança na sua capacidade para promover efeitos benéficos no paciente, a falta de capacidade para gerar momentos que façam avançar a terapia e o sentimento de incapacidade para ajudar um paciente. A segunda dimensão diz respeito a um *sentimento de frustração na intervenção terapêutica*, que abarca principalmente o sentimento de impotência para ajudar o paciente, o sentir-se preso com o paciente numa relação que parece não levar a lado nenhum e sentir-se zangado com situações da vida do paciente que invalidam os benefícios da terapia. Por fim, a última dimensão relaciona-se com uma *reação pessoal negativa*, e refere-se essencialmente ao sentimento de incapacidade em resistir às necessidades emocionais do paciente, incapacidade para sentir empatia pela experiência do paciente, ou ainda, dificuldade em manter uma atitude correta para com o paciente face aos valores que defende. Desta forma, compreende-se que as três categorias acima identificadas podem impedir um trabalho clínico eficaz e, contribuir para ocorrência de momentos de tensão na relação estabelecida entre terapeuta e paciente bem como, para que o terapeuta experiencie episódios de impasses terapêuticos em pode ficar sem saber o que fazer e/ou como proceder.

Em suma, e refletindo sobre a multiplicidade de factores acima identificados, não é possível ignorar que os processos negativos ocorrem inevitavelmente em psicoterapia. Perante esta conclusão, torna-se claro que a capacidade dos terapeutas para reconhecerem e lidarem eficazmente com estes desafios, é essencial para preservar uma boa relação com o paciente e para conseguirem bons resultados. Por outras palavras, a melhor ou pior contribuição dos terapeutas para os processos de terapia é muito determinada pela sua capacidade de reconhecer estas situações e adoptar uma atitude construtiva face aos desafios interpessoais que inevitavelmente ocorrem ao longo do processo terapêutico.

## **2.2 REAÇÃO / POSTURA DOS TERAPEUTAS FACE A MOMENTOS DE TENSÃO EM PSICOTERAPIA**

### **2.2.1. Tolerar Momentos de Incerteza em Psicoterapia**

Perante momentos difíceis e contraditórios em psicoterapia, os terapeutas podem acabar por se sentir perdidos e sem saber o que fazer, vivenciando momentos altamente carregados de dúvida e incerteza. Tais dificuldades, e mais concretamente impasses sentidos pelos terapeutas, podem acabar por influenciar negativamente o terapeuta, o paciente, ou ambos e, conseqüentemente, prejudicar o resultado terapêutico. Em face destas situações de dúvida e incerteza, manter-se presente de forma construtiva e produtiva nas relações e situações onde se ativam sentimentos exigentes será um desafio frequente na profissão de psicoterapeuta.

Lambert e Ogles (2004), consideram que a abertura à experiência, a flexibilidade, a responsividade e a tolerância à incerteza e à frustração correspondem a característica intrínsecas aos terapeutas que parecem estar relacionadas com melhor capacidade de estabelecimento de aliança terapêutica e melhores resultados da intervenção.

Para Geller e Greenberg (2012), estar aberto ao momento significa abertura para o desconhecido e experienciar períodos em sessão em que o terapeuta se pode sentir totalmente incerto e perdido. Tolerar o desconforto do silêncio ou do desconhecido é intrínseco a um bom processo terapêutico, pois é através da incerteza que surge material que pode ser importante e relevante para o cliente e para o processo. Contudo, estes autores afirmam ainda que, ser capaz de confiar no desconhecido e tolerar o desconforto requer prática por parte dos terapeutas.

Ainda para os mesmo autores, estar exposto a estes momentos de incerteza em que o terapeuta pode ficar sem saber o que fazer, pode gerar ansiedade aos terapeutas, principalmente aos mais novatos e inexperientes. Como resposta à ansiedade e dúvida, os terapeutas adoptam muitas vezes uma sequência de intervenções técnicas apressadas ou planos de terapia e pré-categorizações rígidas, que podem acabar por comprometer a eficácia da terapia.

Perante estes momentos de dúvida e incerteza, os terapeutas são confrontados com a tomada de decisão a vários níveis, sendo que este é um processo de conciliação que pode ser complexo e difícil. A tomada de decisão pode ser influenciada por

inúmeros enviesamentos, entre os quais, o uso de heurísticas cognitivas e esquemas teóricos (Goldfried, 1999) que podem ter grande impacto na redução da validade e precisão do julgamento clínico dos terapeutas.

Segundo Vasco (1993, p.77) “as tendências confirmatórias dos clínicos associam-se ao facto destes elaborarem inicial e rapidamente conceptualizações/categorizações relativas aos pacientes, baseando-se num leque diminuto de informação”. Neste sentido, Goldfried (1999) defende que os esquemas teóricos podem acabar por ser obstáculos a um trabalho clínico eficiente, pois encorajam alguma distorção da informação, preenchimento impreciso de lacunas e uma recuperação seletiva da informação. O mesmo autor afirma que as orientações teóricas fornecem aos terapeutas uma quantidade de expectativas que são subsequentemente confirmadas como profecia auto-confirmatória.

Importa também referir o impacto que tem sido atribuído às técnicas terapêuticas mostrando que estas não têm eficácia no vácuo, ou não adquirem um significado que seja independente do contexto pessoal da sua utilização. De acordo com vários investigadores, Lambert e Barley (2002) esquematizam os contributos de diferentes tipos de variáveis para o resultado da intervenção. Estes autores, consideram que aproximadamente 30% da variância pode ser atribuída a factores comuns (entre os quais qualidade da aliança terapêutica); enquanto que apenas 15% da variância é atribuída às variáveis técnicas que levam à mudança em psicoterapia. Lambert e Ogles (2004), sugerem ainda que o papel do terapeuta no resultado do processo psicoterapêutico é surpreendentemente relevante, mesmo nas abordagens baseadas em manuais. Tais contributos mostram que os factores pessoais e de personalidade do terapeuta bem como a relação estabelecida com os seus pacientes parecem ter maior impacto no resultado terapêutico do que as técnicas utilizadas.

Perante esta evidência, aparece na literatura um conceito descrito como “*bracketing*” ou “*suspension*” (Hycner & Jacobs, 1995) que se refere à libertação do terapeuta de expectativas, crenças, preconceitos, teorias, categorizações e planos acerca do processo terapêutico, permitindo-lhe abordar o cliente com abertura e curiosidade. Este conceito não sugere a ausência de técnicas ou teorias em terapia, uma vez que considera que as teorias e técnicas aprendidas fazem parte da base de conhecimento do terapeuta, mas claramente aponta para que estas não possam constituir os únicos vectores a determinar o sucesso do processo terapêutico. São necessários, mas não suficientes.

### 2.2.2. Postura *Not-Knowing*

A posição anteriormente referida, relativa ao papel das técnicas e do conhecimento do terapeuta no processo psicoterapêutico, é reforçada pela perspectiva *Not Knowing* introduzida por Anderson e Goolishian (1988).

Para estes autores, os terapeutas são sempre influenciados pela sua experiência, mas devem estar de tal forma abertos e atentos, que o conhecimento prévio não os feche ao significado pleno das descrições do paciente. Adquirir este tipo de postura terapêutica requer que o terapeuta adote uma posição *Not Knowing* em que as suas ações e atitudes expressam uma necessidade e curiosidade genuína de saber mais sobre o que foi dito, em vez de transmitir opiniões preconceituosas e expectativas sobre o paciente, o problema ou o alvo de mudança.

Desta forma, Anderson (2005) aborda esta postura *Not Knowing* como uma ideia ou atitude sobre o conhecimento, intenção ou forma de como este é utilizado. Defende que o terapeuta não tem acesso a informações privilegiadas sendo que nunca poderá compreender plenamente o outro. Assim, Anderson e Goolishian (1992) consideram que o terapeuta não procura regularidades e significados que validem as suas teorias ou expectativas, uma vez que isso vai invalidar a singularidades das histórias dos clientes.

Esta posição *Not Knowing* não significa que o terapeuta nada sabe ou que não utiliza o que aprendeu previamente, nem significa que o terapeuta é uma tela em branco. Significa, no entanto, que as contribuições do terapeuta, sejam elas perguntas, opiniões, especulações ou sugestões, são apresentadas de forma que transmita uma postura de aceitação e retrate respeito e abertura ao outro e à novidade (Anderson, 1995).

Para Larner (2000), outra autora que reflete sobre esta postura de *Not Knowing*, este é um saber poderoso que pressupõem competência por parte do terapeuta, sendo que esta postura não coloca de lado a experiência do terapeuta em sessão, uma vez que não é possível que o terapeuta não tenha interpretações, ideias ou pensamentos sobre o que acontece. Assim, o terapeuta em modo de *Not Knowing* pensa, sabe e intervém, mas esse conhecimento não é imposto ao cliente com abuso de poder e influência.

Adoptar esta postura em terapia não sugere o desaparecimento da experiência e conhecimento, mas uma prescrição ética de como é usada, isto é, como uma base para o diálogo, colaboração e investigação aberta na exploração mútua de significado construído (Larner, 2000). Assim, poder e conhecimento não são objetos de renúncia, mas estão ligados a uma ética de responsabilidade por parte do terapeuta.

É de salientar que a postura *Not Knowing* é um saber colaborativo e crítico, que é relacional, aberto e evolutivo, ao invés de absoluto ou fechado, considerada ao mesmo tempo uma escolha contra uma relação terapêutica técnica, hierárquica ou intervencionista.

### **2.2.3. Presença Terapêutica**

O trabalho psicoterapêutico eficaz só é possível quando o paciente se sente seguro e protegido no ambiente terapêutico. Tal como referido anteriormente, a investigação tem demonstrado que a relação terapêutica é central para uma mudança positiva em psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000) e que as diferenças no resultado terapêutico são atribuídas de forma reduzida a técnicas específicas (e.g. Lamber & Ogles, 2004). Assim, investigações recentes têm-se referido à Presença Terapêutica como uma postura central que contribui para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva (Geller et al., 2010; Hayes & Vinca, 2011; Pos et al., 2011), e que auxilia os terapeuta perante momentos de impasses em psicoterapia (Moltu et al., 2010).

Para Geller e Greenberg (2012), a ***Presença Terapêutica*** pode ser definida como sendo um processo que ocorre dentro do terapeuta e do cliente e que está relacionado, entre outras coisas, com a sua disponibilidade e abertura para estarem ambos no momento presente. Desta forma, num ambiente de presença terapêutica, o Self do terapeuta vai de encontro ao do seu paciente, estando totalmente presente no momento a múltiplos níveis: físico, emocional, cognitivo e espiritual (Dunn, Callahan & Swift, 2013; Geller & Greenberg, 2002, 2012; Geller et al., 2010).

A presença é algo que vem de dentro, como um estado em que a pessoa se encontra e que é demonstrado na sua atitude, sendo expressa tanto em processos internos como em comportamentos externos.

Para alcançar este estado em terapia, Geller e Greenberg (2012) consideram que tem de existir abertura por parte dos terapeutas para receberem da parte dos pacientes as suas expressões verbais e não-verbais, tal como a sua experiência corporal no momento, permitindo uma sintonia e responsividade que é baseada no sentir a experiência e afecto do outro, bem como no sentir da sua própria intuição, competência e da relação entre eles.



Segundo Geller e Greenberg (2002), a presença terapêutica inclui quatro categorias: ligação, imersão, expansão, e estar com e para o cliente.

A primeira categoria – *ligação* – consiste numa sensação de estabilidade interna, em que o terapeuta se sente ligado a uma experiência saudável e integrada do Self.

De seguida, estar *imerso* envolve estar intimamente envolvido no momento da experiência do cliente e do terapeuta sem tentar controlar o que está a ser experienciado por ambos, mantendo a vontade de se abrir a novos momentos e entrar no desconhecido com o outro.

A terceira categoria diz respeito à *expansão da consciência* do terapeuta nesses momentos, estando sintonizado com o paciente, o *Self* e com a relação entre eles.

Por fim, os terapeutas para estarem presentes, necessitam de manter a intenção de *estar com e para os pacientes* no sentido de alcançarem resultados positivos que contribuem para a melhoria destes.

Geller e Porges (2014) apresentam uma explicação bio-comportamental de como a presença terapêutica pode facilitar uma sensação de segurança tanto no terapeuta como no cliente, fortalecendo a relação terapêutica e promovendo uma terapia eficaz. Para sustentar esta ideia, estes autores apoiam-se na teoria introduzida por Porges – a teoria Polyvagal – que descreve os mecanismos neurais através dos quais os estados fisiológicos comunicam a experiência de segurança e contribuem para a capacidade de um indivíduo se sentir seguro e de se envolver de forma espontânea com os outros. De acordo com esta teoria, uma comunicação social eficaz só pode ocorrer durante estados em que se experimentam sentimentos de segurança, porque só assim as estratégias de defesa neurobiológicas são inibidas. Assim, Geller e Porges (2014) sugerem que uma das chaves para o sucesso da terapia é que o terapeuta esteja presente e promova segurança ao paciente para que os subsistemas defensivos involuntários do paciente sejam inibidos e o envolvimento social seja potencializado.

Relativamente à investigação empírica mais recente nesta área, Geller e Greenberg (2002) mostram-se pioneiros ao desenvolverem tanto um modelo de presença terapêutica como uma escala para medir e avaliar este constructo (Geller et al., 2010). Para tal, estes autores conduziram um estudo qualitativo que deu origem ao modelo, como também mais tarde um estudo quantitativo que permitiu desenvolver a medida.

O modelo de presença terapêutica inclui três categorias principais, entre elas: (i) a preparação do terapeuta para a presença, que se refere preparação anterior à sessão (ii) o processo da presença terapêutica, referente ao processo ou atividades que o terapeuta se envolve quando está presente; e (iii) a experiência da presença terapêutica.

No seguimento deste modelo, foi conduzido um segundo estudo com o objectivo de desenvolver uma medida que refletisse o processo e a experiência da presença terapêutica (Geller, 2001; Geller et al., 2010). Assim, este estudo quantitativo permitiu o desenvolvimento da *Therapeutic Presence Inventory* (TPI), composta por duas versões: uma para os terapeutas (TPI-T) e outra para os pacientes (TPI-C). Esta última relaciona-se com a percepção que os pacientes têm acerca da presença que o seu terapeuta demonstra. Esta investigação aponta para resultados interessantes que devem ser atendidos. Observou-se que os pacientes reportam uma mudança positiva quando seguida de uma sessão terapêutica em que sentiram os seus terapeutas mais presentes com eles, independentemente da orientação teórica da terapia. Do mesmo modo, os pacientes classificam a relação terapêutica como mais forte quando sentem os seus terapeutas mais presentes. Curiosamente, neste estudo, observou-se que a percepção dos terapeutas em relação à sua presença terapêutica não está relacionada com resultados positivos da sessão ou aliança terapêutica. Apesar dos terapeutas relevarem que esta postura de presença os ajuda a se sentirem mais ligados aos pacientes e mais eficazes no uso de técnicas, verificou-se que esta posição só afecta os pacientes quando estes sentem que o terapeuta está presente com eles.

Uma explicação adoptada por Geller et al., (2010) perante tal observação, relaciona-se com o facto de que apesar dos terapeutas estarem a experienciar a presença dentro deles, não estão a comunica-la ou a expressa-la de forma eficaz. Põe também em evidência o facto dos terapeutas relatarem apenas a experiência da presença que sentem dentro deles, ou seja a um nível intrapessoal, e não a um nível interpessoal. A qualidade relacional da presença implica assim que terapeuta e paciente estejam de certa forma em sintonia em relação à competência de se manterem presentes um com o outro.

Seguida desta investigação, destacam-se dois estudos mais recentes (Hayes & Vinca, 2011; Pos et al., 2011) que complementam os resultados observados por Geller et al., (2010) e que utilizam a TPI para os seus próprios objectivos de investigação. Desta forma, Pos et al., (2010), estudam a relação entre presença terapêutica, empatia e aliança terapêutica, recorrendo à TPI-T e TPI-C como indicador de presença. Os resultados deste estudo demonstram que a classificação dos clientes em relação à

presença do seu terapeuta no início do processo (sessão 3), é preditor do nível e qualidade da relação terapêutica 12 sessões mais tarde. Para além disto, a percepção do cliente em relação à presença do terapeuta relaciona-se com percepção de este se mostrar mais empático; enquanto que a percepção de uma presença mais fraca está também relacionado com percepção de uma fraca empatia. Tais observações, podem sugerir que a presença pode ser uma pré condição essencial para a empatia.

Hayes e Vinca (2011), utilizaram também a TPI contudo adaptaram esta escala a uma versão própria, com o objectivo de medir a perspectiva dos pacientes em relação à presença terapêutica. Enquanto que a escala TPI-C desenvolvida por Geller et al., (2010) é constituída por 3 itens, Hayes e Vinca (2011) desenvolveram um questionário de 18 itens construído através da tradução direta da medida dos terapeutas (TPI-T). Ao traduzirem os itens correspondentes à experiência dos terapeutas para uma perspectiva do cliente, os autores optaram por eliminar três itens que não eram possíveis de tradução quando relacionados com o paciente. Esta escala foi aplicada a 88 pacientes depois da sessão terapêutica, juntamente com mais 2 elementos de avaliação e com a aplicação do Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996) antes da sessão seguinte. Do mesmo modo pediu-se aos terapeutas que completassem a TPI depois da mesma sessão. Os resultados deste estudo revelam que a percepção que os terapeutas têm da sua presença está significativamente relacionada com a classificação dos cliente em relação à empatia do terapeuta.

Estes dois estudos demonstram evidência de que a presença terapêutica é um principio importante da prática psicoterapêutica e que, a percepção que os paciente têm da presença terapêutica está associada a resultados terapêuticos mais positivos e a uma aliança terapêutica mais forte em diferentes abordagens terapêuticas.

Em suma, verifica-se que a presença terapêutica enquanto experiência intrapessoal, ganha destaque como experiência relacional ou interpessoal (Geller & Greenberg, 2002; 2012). Mostra-se importante tanto para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade, como para auxiliar os terapeutas perante momentos repetidos de dúvida e incerteza.

### 2.2.3 *Mindfulness*

Tal como Moltu et al., (2010) apontam, ficar presente de forma relacional significa também manter-se presente para sentimentos difíceis que possam surgir dentro si. Assim, os terapeutas necessitam de estar conscientes e regular eficazmente os seus afectos para que, sem agir compulsivamente, consigam prestar atenção às suas necessidades e funcionar de forma responsiva.

O *mindfulness* pode ser visto como uma postura, intervenção, prática ou faculdade mental transversal a qualquer abordagem que ajuda o terapeuta a promover a experiência da presença (Geller & Greenberg, 2012) e, consequentemente, a lidar de forma eficaz com a experiência emergente ao longo do processo psicoterapêutico. É assim considerado como uma abordagem para trabalhar com o próprio mundo interno ou com o do cliente. O *mindfulness* pode então ser definido como a consciência momento-a-momento da experiência sem julgar (Davis & Hayes, 2011).

A prática de *mindfulness* pode ser considerada uma mais valia para os terapeutas, uma vez que esta abordagem permite aumentar a percepção e responder de forma eficaz aos processos mentais que podem contribuir para a desregulação emocional e para o comportamento não adaptativo (Bishop et al., 2004)

Para Kabat-Zinn (1994), o *mindfulness* revela-se como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional e sem julgamento. Desta forma, o terapeuta deve manter a sua atenção no momento atual estando em contacto com o momento e aceitando todos os seus sentimentos, pensamentos e sensações como legítimos.

O *mindfulness* tem sido tradicionalmente considerado como uma prática intrapessoal que está focada em alcançar a consciência e aceitar a própria experiência interna. Assim, tal como Brown e Ryan (2003) referem, apesar da atenção e consciência serem componentes relativamente constantes do funcionamento normal, o *mindfulness* pode ser considerado um processo onde existem atenção e percepção mais profundas da experiência atual e da realidade presente.

Bishop e colaboradores (2004), propõem um modelo de *mindfulness* que assenta em dois componentes: a auto regulação da atenção de forma a que esta seja mantida na experiência imediata permitindo um melhor reconhecimento e identificação dos eventos mentais que ocorrem no presente e, a orientação particular para a experiência do momento presente, caracterizada pela curiosidade, abertura à experiência e aceitação.

Com base neste modelo, pode considerar-se que o *mindfulness* proporciona aos terapeutas um aumento da consciência da experiência atual, observando e atendendo à mudança de pensamentos, sentimentos e sensações de momento para momento, não tentando suprimir estes mesmos pensamentos. A prática de *mindfulness* permite ainda que o terapeuta mostre uma atitude de curiosidade sobre a experiência. Trata-se de um processo ativo em que o terapeuta escolhe permanecer com o que lhe é oferecido com uma atitude de abertura e aceitação.

Neste mesmo sentido, Safran e Belotserkovsky (2009) também consideram que a capacidade do terapeuta reconhecer, tolerar, e eficazmente integrar os seus pensamentos, sentimentos, fantasias e ações emergentes é facilitada pelo cultivo de uma postura de aceitação com o próprio e com a experiência.

Mesmo durante as sessões, o terapeuta beneficia ao envolver-se neste tipo de trabalho momento-a-momento, examinando os sentimentos que vão surgindo, tomando consciência destes. A consciência de um determinado sentimento conduz a um menor vínculo com ele, abrindo maior espaço interno no terapeuta.

Eubanks, Muran e Safran (2015) propõem um modelo de supervisão AFT (*Alliance-focused training*) que tem como principal objectivo ajudar o terapeuta a melhorar a sua capacidade para reconhecer, tolerar e negociar as rupturas na aliança terapêutica. Estes autores consideram que o foco deste modelo se baseia na estratégia de resolução de meta-comunicação, ou comunicação sobre a interação entre terapeuta-paciente. Sugerem que os terapeutas mantenham o foco na comunicação do aqui e agora com o objectivo de aumentar a sua consciência e do paciente em relação à experiência imediata. Posto isto, o *mindfulness* é considerado como uma das três estratégias utilizadas neste treino para promover uma meta comunicação eficaz e, ajudar assim na resolução da ruptura.

Na AFT, o objectivo do treino de *mindfulness* é ajudar os terapeutas a redefinir a sua capacidade de observar a experiência interna bem como os seus contributos para a interação com o paciente. Tem-se como objectivo que o *mindfulness* desenvolva competências nos terapeutas para atender ao aqui e agora com uma atitude de curiosidade e aceitação sem julgar. Por outras palavras, o treino *mindfulness* vai ajudar os terapeutas a descentrar, a observar os seus pensamentos e sentimentos como eventos mentais temporários em vez de verdades inalteráveis. Assim, o presente treino facilita que os terapeutas se afastem, por exemplo, deste ciclo vicioso de hostilidade por parte do paciente e contra hostilidade do terapeuta, para que os terapeutas sejam mais capazes

de meta-comunicar a ruptura de forma não crítica e defensiva. Desta forma, a meta-comunicação pode ser vista como uma forma de “*Mindfulness em ação*” (Safran & Belotserkovsky, 2009).

Posto isto, Eubanks et al., (2015) sugerem a importância de desenvolver competências interdependentes de (i) auto consciência, (ii) regulação emocional e (iii) sensibilidade interpessoal,

A *consciência do self* é fundamental para reconhecer que a ruptura está a ocorrer. Ao sintonizar-se com a sua própria experiência imediata, o terapeuta torna-se mais capaz de detectar tensões na aliança.

No que respeita à *regulação emocional*, o terapeuta deve ser capaz de tolerar e gerir todas as emoções envolvidas, por mais difíceis que estas sejam, de forma a responder sempre com empatia ao paciente, resistindo à tentação de optar por uma atitude de hostilidade ou por comportamentos de evitamento com o objectivo final de reduzir a sua própria ansiedade. Para além de reconhecer a ruptura e gerir o seu efeito, é essencial que o terapeuta tenha capacidade para comunicar com o paciente sobre o que está a ocorrer sem contribuir para um agravamento da ruptura.

A competência de *sensibilidade interpessoal* refere-se a esta capacidade de se expressar empaticamente.

Relativamente à investigação empírica, a maioria dos estudos realizados centra-se na experiência dos pacientes com a prática de *mindfulness*. Contudo, a investigação tem proposto inúmeras razões para que a prática por parte dos terapeutas esteja associada a benefícios tanto para estes como para o processo terapêutico.

Considerando novamente o estudo apresentado anteriormente (Geller & Greenberg, 2002), curiosamente mais de metade dos terapeutas entrevistados relatam a meditação diária como um importante contribuidor para o desenvolvimento da presença terapêutica. Assim, este estudo permitiu também compreender que a experiência pessoal e prática da meditação *mindfulness* permite que os terapeutas se envolvam totalmente no momento com os seus pacientes.

Neste sentido, também McCollum e Gehart (2010) conduzem um estudo qualitativo que examina o impacto que a meditação *mindfulness* pode ter ao ajudar estudantes terapeutas a desenvolverem presença terapêutica. Os resultados desta investigação sugerem que a prática de *mindfulness* por parte dos estudantes os ajuda a desenvolver qualidades que são reflexo da presença terapêutica, tais como, a competência para atender às suas experiências e às do paciente. Do mesmo modo se

verificou que os terapeutas estão mais presentes durante as sessões, mais confortáveis com o silêncio e mais atentos e responsivos aos pacientes depois de participarem num programa de treino de *mindfulness*. Os resultados sugerem assim que incorporar práticas de *mindfulness* nos treinos clínicos podem contribuir para o desenvolvimento da presença terapêutica.

Também David e Hayes (2011), apresentam conclusões que fornecem evidência de que o treino em *mindfulness* leva a um aumento da empatia com os pacientes, melhora a atenção ao processo psicoterapêutico, aumenta a auto-compaixão, a autoconsciência e auto eficácia e diminui o stress e ansiedade dos terapeutas.

Cigolla e Brown (2011), com o propósito de investigar a experiência dos terapeutas face ao papel que o *mindfulness* desempenha tanto dentro como fora da terapia, mostram que o *mindfulness* pode ser considerado uma “forma de estar” em 3 diferentes contextos: (i) “uma forma de estar na vida pessoal”; (ii) “uma forma de estar em terapia” e (iii) “uma forma de estar em relação com os outros”. Os resultados deste estudo demonstram ainda que os terapeutas estão mais confortáveis com os pacientes e consigo próprios e mais capazes de tolerar o desconhecido e o stress que os pacientes proporcionam.

Apesar da investigação oferecer evidências promissoras para a prática de *mindfulness* por parte dos terapeutas, alguns consideram difícil incorporar uma prática formal no seu dia a dia, uma vez que vários programas requerem um comprometimento substancial de tempo (Moore, 2008). Com o intuito de ultrapassar esta dificuldade, Dunn et al., (2013) analisam o impacto que realizar um curto exercício de *mindfulness* durante 5 minutos antes da sessão tem para o terapeuta e para o paciente. Os resultados deste estudo indicam que os pacientes percebem a sessão como mais eficaz quando os terapeutas se envolvem num breve exercício de *mindfulness* durante 5 minutos antes do seu início. Para além disso, os terapeutas consideram estar mais presentes na sessão quando realizam este exercício.

No mesmo sentido, Aggs & Bambling (2010) observam que os terapeutas que completam um curto programa de treino em *mindfulness*, reportam maior experiência de competências clínicas benéficas à eficácia da terapia, tais como maior capacidade de aceitação e maiores níveis de conforto durante as sessões psicoterapêuticas.

Estes resultados oferecem evidência promissora que até a realização de um curto exercício de *mindfulness* imediatamente antes da sessão de terapia é eficaz para o terapeuta se preparar para a mesma e conduzir a benefícios percebidos pelos pacientes.

### III. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A presente investigação toma um carácter exploratório e descritivo, uma vez que pretende estudar um fenómeno pouco explorado e descrito na literatura referente à população inquirida (i.e. psicoterapeutas). A abordagem é ainda essencialmente exploratória na medida em que se procura uma descrição e conceptualização de fenómenos partindo dos dados e não de hipóteses teóricas pré determinadas.

Para alcançar os objectivos do presente estudo, os dados recolhidos foram analisados através de uma metodologia qualitativa que, segundo McLeod (2013), se torna bastante apelativa tanto para investigadores, como para clínicos e estudantes, uma vez que os aproxima do fenómeno a ser estudado e da experiência terapêutica, através do relato direto dos participantes (terapeutas neste caso). Ainda para o mesmo autor (McLeod, 2001) o objectivo da investigação qualitativa em psicoterapia é desenvolver uma compreensão acerca da forma como o mundo da terapia é construído e, ao fazê-lo, facilita a desconstrução e construção crítica sobre a terapia e como esta funciona. Tal método de investigação, assenta numa análise intensiva dos dados, visto que este não é um processo linear e requer alternância de fases, sendo necessário que os investigadores revejam os dados e as suas interpretações inúmeras vezes, a partir de múltiplas perspectivas (Hill, Chui, & Baumann, 2013).

Para a presente investigação foi criado o acrónimo *MONK* (*moments of not knowing*) que é definido como experiências significativas de dúvida e incerteza por parte dos terapeutas. Estes são momentos em que os terapeutas são desafiados nas suas formas mais comuns de trabalhar, levando-os a experienciar sentimentos de improdutividade ou a sentirem-se de alguma forma perdidos no processo terapêutico, sem saber o que fazer ou como estar.

Assim, o presente estudo tem como particular objectivo a tentativa compreender a experiência dos terapeutas face a momentos de dúvida ou incerteza em sessão, bem como perceber como estes lidam com esta experiência e o que aprendem com ela.

A principal questão de investigação deste estudo é: “Como são experienciados e percebidos Momentos de Não Saber (*MONK*) em sessão e o que os terapeutas fazem em concreto para lidar e tolerar estes momentos?”.

A partir desta questão derivam outras duas questões relacionadas com o (i) Treino formal ou informal que pode ajudar o terapeuta a lidar com estes momentos ao



longo da sua carreira e (ii) as lições e aprendizagens que os terapeutas adquirem ao longo do tempo com os *MONK*.

Na tentativa de responder a tais questões de investigação, os terapeutas do presente estudo são convidados a manterem o foco numa sessão específica recente caracterizada pela existência de *MONK* e a descreverem-na de acordo com as questões qualitativas apresentadas.

Desta forma, através da utilização de uma abordagem qualitativa e exploratória, a presente investigação pretende:

1. Compreender como são experienciados e percebidos, pelos terapeutas, estes Momentos de dúvida e incerteza (*MONK*), através de marcadores específicos de pacientes e terapeutas.
2. Compreender o que os terapeutas fazem para lidar e tolerar estes momentos.
3. Investigar a existência prévia, ou não, de algum treino formal ou informal que tivesse ajudado os terapeutas a lidar com *MONK* até à altura da recolha de dados.
4. Compreender as lições e aprendizagens adquiridas pelos terapeutas com estes momentos ao longo da sua carreira.

## IV. MÉTODO

### 4.1. Procedimento e Participantes

Para a concretização do presente estudo, foi criada uma plataforma *on-line* que esteve em funcionamento durante 1 mês a partir de Maio de 2015, onde foi colocado o instrumento criado pelos investigadores do presente estudo.

Desta forma, o procedimento de obtenção e seleção da amostra seguiu um processo de amostragem não probabilístico, do qual emergiu uma amostra de conveniência, disponibilizando a recolha de dados através de um convite via e-mail para a participação no estudo. Este email destinou-se a psicoterapeutas internacionais membros da SEPI (*Society for Exploration of Psychotherapy Integration*), SPR (*Society for Psychotherapy Research*) e ainda membros de algumas divisões da APA (*American Psychological Association*) relacionadas com psicoterapia. Os participantes que constituem a amostra deveriam preencher apenas a condição de serem Psicoterapeutas, independentemente da sua orientação teórica ou dos anos de prática clínica.

Depois de estarem de acordo com o consentimento informado, os terapeutas eram primeiramente convidados a preencher diversos dados para a caracterização sociodemográfica (Quadro 1).

A amostra em análise é composta por 44 participantes ( $N=44$ ), com idades compreendidas entre os 25 e 80 anos ( $M=57,88$ ;  $DP=13,29$ ), correspondendo 61% ( $n=27$ ) ao sexo feminino e 39% ( $n=17$ ) ao sexo masculino. Sendo uma amostra internacional, 89% ( $n=39$ ) indicam nacionalidade americana, 5% nacionalidade canadiana ( $n=2$ ); 2% nacionalidade portuguesa ( $n=1$ ); 2% nacionalidade espanhola ( $n=1$ ); e 2% nacionalidade finlandesa ( $n=1$ ). Relativamente à experiência clínica reportada pelos participantes, a amostra é constituída essencialmente por terapeutas com mais de 25 anos de experiência (61%;  $n=27$ ), sendo que 14% ( $n=6$ ) se enquadram entre os 15 e os 25 anos de experiência, 11% ( $n=5$ ) entre 7 e 15 anos, 7% entre 3,5 e 7 anos de experiência ( $n=3$ ), 5% ( $n=2$ ) exercem a profissão à pelo menos 1 ano e meio a 3 anos e meio e, por fim, apenas 2% ( $n=1$ ) referem prática clínica inferior a 18 meses. Relativamente ao nível de educação obtido, 95% ( $n=42$ ) dos participantes relatam ter concluído o PhD/PsD/EdD, sendo que apenas 5% ( $n=2$ ) concluiu o MS/MA.

O tempo de participação rondava os 30 minutos, podendo variar de acordo com o seu estilo de comunicação e da quantidade de informação que desejava partilhar.

O material recolhido foi trabalhado cuidadosamente, com o objectivo de manter sempre o anonimato e confidencialidade dos terapeutas. O processo de recolha e análise dos dados seguiu estritamente o código de ética da Associação Americana de Psicologia (APA).

#### Quadro 1.

Caracterização da amostra do estudo.

		Frequências Descritivas	
Sexo	Feminino	61%	(n=27)
	Masculino	39%	(n=17)
		M = 57,88	
		DP =13,29	
		Min. = 25	
		Max. = 80	
Nacionalidade	Estados Unidos	89%	(n=39)
	Canadá	5%	(n=2)
	Finlândia	2%	(n=1)
	Portugal	2%	(n=1)
	Espanha	2%	(n=1)
Nível Académico	PhD/PsD/EdD	95%	(n=42)
	MS/MA	5%	(n=2)
Experiência Profissional	>18 meses	2%	(n=1)
	1.5 - 3.5 anos	5%	(n=2)
	3.5 - 7 anos	7%	(n=3)
	7 - 15 anos	11%	(n=5)
	15 - 25 anos	14%	(n=6)
	< 25 anos	61%	(n=27)

## 4.2. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento criado pelos investigadores do presente estudo (Anexo A), é primeiramente composto por um questionário sociodemográfico com o objectivo de caracterizar a amostra do estudo, sendo recolhidos os seguintes dados: sexo, idade, nacionalidade, etnia, local de exercício profissional, influências teóricas na prática

clínica, anos de experiência de prática profissional, número de clientes vistos semanalmente e nível de educação obtido.

De seguida, os terapeutas são convidados a evocarem para a consciência uma sessão recente caracterizada pela existência de *MONK* significativos. É pedido que se foquem nos seus estados mentais e corporais de tal sessão e que se mantenham em contacto com os detalhes e recordações desses momentos de dúvida e incerteza, para responderem de seguida a um conjunto de questões qualitativas.

Desta foram, foram criadas cinco questões qualitativas com o intuito de explorar os objectivos do estudo acima descritos, sendo que Hill et al., (2013) referem que o uso de questões de resposta aberta se constitui num valioso recurso, na medida em que permite aos participantes explorar e descrever a sua experiência subjetiva.

As três primeiras questões referem-se a um evento específico da sessão recordada pelos terapeutas. Desta forma, a primeira questão pretende explorar marcadores específicos dos pacientes relativamente a esse evento, ou seja o que o paciente expressa que contribui para o terapeuta ficar sem saber o que fazer ou se sentir perdido. Nesta questão, o terapeuta é convidado a direccionar a sua atenção à comunicação verbal do paciente como também à sua postura corporal, gestos, expressão facial, e olhar do paciente (*“1. What does the client express or do, that makes you feel helpless or not knowing, in this specific session?”*).

A segunda questão dirige-se à experiência do terapeuta perante esta sessão específica, como este se vê durante estes momentos e como se relaciona com eles. É pedido aos terapeutas que partilhem o seu processo de tolerar a experiência de Não Saber, tendo em atenção os seus sentimentos e pensamentos, consciência dos seus estados somáticos e do seu nível de presença (*2. How do you relate to the experience of not knowing (recurrent impasse, doubt, uncertainty or block) in this specific session?”*).

A terceira questão, pretende explorar o que ambos (terapeuta e paciente) fazem perante este evento específico e o que aprendem com estes, referindo-se aos factores que contribuem positiva ou negativamente para lidar com esta experiência (*3. Did MONK in this specific session unfold productively? Which where the helpful or hindering factors? Did you learn or are you learning from the experience you just described? Did you learn or are you learning from your client you just described? How so?”*).

As duas últimas questões referem-se a eventos genéricos. Na quarta questão o terapeuta é convidado a partilhar o que aprendeu com a sua experiência perante *MONK*

no geral, referindo-se à influência que estes momentos podem ter na sua perspectiva ou papel enquanto terapeuta, bem como as competências, atributos ou lições destes momentos (4. *Did MONK like the one you chose before influence your perspectives on therapy and your role or style as therapist? What are the most important therapeutic skills, attributes or lessons that have been, in some way, a result of your experiences MONK with your clients? How so?*).

Finalmente, na quinta questão, os terapeutas são convidados a refletir sobre possível treino (formal ou informal) útil para lidar com estas experiências (5. *Did you have any formal or informal training that was specifically useful for MONK like the one you described? Which seemed least and most helpful to you in terms of training? What do you feel or suggest may still be missing in you or in training opportunities regarding MONK?*).

Para além destas questões qualitativas, foram de seguida apresentadas aos participantes cinco questões quantitativas com o intuito de recolher dados extras relevantes para compreender a experiência dos terapeutas face a momentos de incerteza e dúvida. Estas questões, apresentadas através de uma escala de likert, referem-se a: (i) Treino em *mindfulness*; (ii) Treino em *Repairing Alliance Ruptures*; (iii) Competência para trabalhar com *MONK* em psicoterapia; (iv) Abertura para *MONK* em psicoterapia, e (v) Abertura do terapeuta para se deixar ser ensinado ou supervisionado pelos seus pacientes.

Por fim, os participantes são convidados opcional e voluntariamente a preencherem um inventário sobre Presença Terapêutica – *Therapeutic Presence Inventory* (Geller et al., 2010) em relação à sessão que evocaram inicialmente. Apesar desta medida ser composta por duas escalas diferentes, uma para pacientes e uma para terapeutas, neste estudo apenas foi incluída a escala que se direciona aos terapeutas. Por constrangimentos temporais, os dados recolhidos através desta escala não serão analisados, não deixando de serem dados relevantes e cruciais para futuras investigações nesta área.

Os terapeutas são ainda convidados a partilharem, se assim desejarem, a sua experiência ao participarem no presente estudo.

Este questionário foi apresentado aos participantes através de uma plataforma online de recolha de dados, a *Qualtrics*®, que garante a confidencialidade, o anonimato e a proteção das informações dadas pelos participantes.

### **4.3. Procedimento de Análise de Dados**

O procedimento de análise de dados adotado na presente investigação foi a Análise Temática (Braun & Clarke, 2006), sendo este um método para identificar, analisar e reportar padrões (temas) a partir dos dados recolhidos. Segundo os mesmos autores, este método analítico qualitativo tem como vantagem a sua flexibilidade, pelo que é independente de posições teóricas ou epistemológicas. Segundo Boyatzis (1998), uma vez que este é um procedimento que requer a extração de padrões ou temas, é um processo que pretende a etiquetagem de dados de forma a dar-lhes sentido e coerência de acordo com as questões de partida de uma investigação.

Para o autor acima citado, temas referem-se a conjuntos de expressões ou conceitos organizados em função da sua relação, que descrevem observações e/ou interpretações de determinados fenómenos. Desta forma, estes temas podem ser agrupados indutivamente (a partir dos dados) ou dedutivamente (a partir da teoria e investigações anteriormente realizadas), de forma manifesta (diretamente observáveis) ou latente (que carece de interpretação).

A análise foi realizada a um nível semântico, ou seja, os temas e categorias identificados são extraídos diretamente do conteúdo do que é revelado pelos participantes. Desta forma, a escolha deste tipo de metodologia torna-se de especial pertinência uma vez que se pretende chegar às respostas genuínas dos participantes, com o objectivo de ter informação clara sobre as suas experiências, e não na tentativa de chegar a modelos que possam retratar teoricamente os dados, não ambicionando a construção de possíveis teorias.

Este procedimento de análise dos dados qualitativos consiste em encontrar, no discurso dos participantes, temas potencialmente relevantes e codificá-los, decorrendo em 6 fases (Braun & Clarke, 2006): 1) Familiarização com os dados, 2) Criar as primeiras unidades de significado através de dados interessantes encontrados com respeito ao que se pretende estudar, 3) Reunir as unidades de significado científico em temas ou categorias superiores, 4) Rever as categorias criadas e as referências codificadas, 5) Definir e nomear os temas que poderão constituir um mapa temático dos dados e, por fim, 6) Reportar a história que os dados contaram.

Importa referir que a abordagem de codificação foi baseada essencialmente nas informações recolhidas, ainda que alguns temas sejam comuns a investigações anteriores e a conceitos teóricos pré-existentes, tal como se verifica na subcategoria

“*Client Markers*” respeitante à primeira árvore da categoria “*Monk experienced and perceived by therapist*”. Esta subcategoria, que diz respeito aos marcadores dos clientes, ou seja, o que estes fazem ou expressam que contribuem para que o terapeuta se sinta perdido ou sem saber o que fazer, foi exposta a duas análises. Numa primeira análise dos dados, foi possível observar a elevada frequência de participantes que relatam marcadores específicos dos pacientes relacionados com as rupturas na aliança terapêutica. Desta forma, verificou-se que o sistema de categorização de rupturas introduzido por Eubanks, Muran e Safran (2015) apresentava uma boa estrutura para categorizar os dados recolhidos. Assim, numa segunda análise dos dados recorreu-se a este sistema, que deu origem às duas subcategorias desta categoria principal. Estas são: *Withdrawal Markers* e *Confrontation Markers*.

Ainda relativamente à extração de temas e desenvolvimento de categorias, todas as categorias foram formadas tendo em conta a prevalência dos temas para a investigação, mesmo que tenham sido referidos apenas uma vez (e.g. Subcategoria “*No Specific Training*”). Segundo Braun e Clarke (2006), as respostas dos participantes e temas que se extraem devem ser considerados em função do seu valor para o estudo e para as respostas às questões de investigação, e não apenas em função da quantidade de vezes que surgem.

Posteriormente, esses padrões ou temas após terem sido elaboradas pelo menos 3 revisões, como aconselham Braun e Clarke (2006), foram transformados em categorias, que captam os detalhes descritivos dos participantes relativamente àqueles que designamos como Momentos de Não Saber – *MONK*.

Para a análise dos dados foi utilizado o software de análise qualitativa QSR NVivo10®.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Apresentação e análise dos resultados

O presente estudo de natureza qualitativa e exploratória, pretendeu extrair das respostas dos participantes temas ou padrões subjacentes às questões e objectivos de investigação anteriormente referidos.

Com este intuito, procurou-se analisar estes Momentos de Não Saber (*MONK*) relativamente a quatro principais temas: (i) experiência e percepção dos terapeutas em relação aos *MONK*; (ii) o que os terapeutas fazem para lidar com os *MONK*, (iii) existência prévia de algum treino formal ou informal que tivesse ajudado os terapeutas a lidar com *MONK* até à altura da recolha de dados, e (iv) lições e aprendizagens adquiridas pelos terapeutas com estes momentos ao longo da sua carreira. Desta forma, estes temas estão relacionados com as quatro principais categorias deste estudo, inserindo-se no primeiro nível da árvore de categorias.

De seguida, serão explicitados nesta secção os resultados qualitativos obtidos, referindo à frente do nome de cada categoria, o nível hierárquico e o número de fontes que essa mesma categoria foi referenciada. Do mesmo modo, para cada categoria serão apresentados excertos das respostas dos participantes, como exemplos mais significativos. No fim da apresentação de cada categoria principal, será também apresentado um esquema gráfico da árvore correspondente, para facilitar a leitura uma melhor compreensão dos dados recolhidos.

Seguida da apresentação e análise das respostas dos participantes às questões qualitativas, é por fim apresentada a frequência e valores médios dos terapeutas às 5 questões quantitativas, referindo o valor de tais resultados para a presente investigação.

#### 1. *MONK* EXPERIENCED AND PERCEIVED BY THERAPIST (nível 1)

A primeira categoria principal deste estudo (*nível 1*), nasce da codificação das respostas dos terapeutas às duas primeiras questões (*“1. What does the client express or do, that makes you feel helpless or not knowing, in this specific session? / 2. How do you relate to the experience of not knowing (recurrent impasse, doubt, uncertainty or block) in this specific session?”*). Relaciona-se com a forma como os *MONK* são experienciados e percebidos pelos terapeutas, atendendo a marcadores específicos dos



pacientes e dos terapeutas. Desta forma, agrupam-se duas subcategorias de nível 2 ( “*Client Markers*” e “*Therapist Markers*”) que foram referenciadas respectivamente por 35 e 27 fontes.

A primeira subcategoria diz respeito aos marcadores específicos dos pacientes – **Client Markers** (nível 2)(35) – ou seja, o que estes fazem ou expressam que contribuem para que o terapeuta se sinta perdido ou sem saber o que fazer. Para categorizar estes marcadores, recorreu-se ao sistema de categorização de rupturas introduzido por Eubanks, Muran e Safran (2015), tal como explicado na secção do método de análise dos dados. Assim, em relação aos marcadores dos pacientes, foram identificadas 2 subcategorias – *Withdrawal Markers* e *Confrontation Markers*, respectivamente referenciadas por 28 e 16 fontes.

A subcategoria **Withdrawal Markers** (nível 3) (28) é descrita pelo afastamento do paciente em relação ao terapeuta, ou pela negação da sua experiência. Através da análise dos resultados, agrupam-se 6 subcategorias de nível 4, respeitantes ao sistema de categorizações de rupturas. Entre elas: *Denial* (13), *Avoidant Storytelling and/or Shifting Topic* (8), *Minimal Response* (7), *Abstract Communication* (5), *Content/Affect split* (4) e *Self-criticism and/or Hopelessness* (4). Devido a constrangimentos temporais, das 6 sub-categorias de nível 4, apenas serão discriminadas as 4 com maior número de fontes de referência.

- **Denial (nível 4) (13)** – descrita como o afastamento do paciente em relação ao terapeuta ou trabalho terapêutico, ao negar um estado afectivo evidente ou a importância das relações interpessoais ou eventos que parecem ser importantes e relevantes para o trabalho terapêutico. Como exemplo desta subcategoria temos:

(P1) “*In these situations, my client seems to really avoid emotions that seem really prevalent and/or salient.*”

(P42) “*They appear to be not only avoiding emotional feelings but also to be feeling little physically; they appear out of touch with their bodies.*”

- **Avoidant Storytelling and/or Shifting Topic (nível 4) (8)** – descrita como o evitamento do trabalho terapêutico através do relato de uma história e/ou rápida e constante mudança de tópico. Estas histórias podem ser longas ou curtas mas

têm o objectivo de se afastar do terapeuta. Exemplos de referências de participantes:

(P18) *“He flushes, looks away and changes the subject when I suggest that he may need to evaluate this relationship”*

(P23) *“She is speaking in the manner of telling a story she has written that includes many metaphors and switches of self states that are fleeting and unclear to me. She appears to be very detached from the emotions and experiences she is describing.”*

- Minimal Response (nível 4) (7) – descrita como o afastamento do paciente em relação ao terapeuta através de respostas reduzidas ou através do silêncio. Como exemplos de referências de participantes temos:

(P25) *“Verbal activity gets cut short, sentences interrupted and blocked, or no verbal activity at all.”/ “Responsiveness to what I say becomes terse or non-responsive.”*

(P42) *“These clients become very still, avert eye contact, and become silent.”*

- Abstract Communication (nível 4) (5) – descrita como a utilização de linguagem vaga ou abstracta por parte do paciente com objectivo de manter o terapeuta distante dos seus sentimentos, preocupações ou problemas. Exemplos de referências de participantes:

(P2) *“Superficial compliance and inauthentic or vague responses”*

(P8) *“Client's narrative is consistently superficial”*

Por sua vez, a subcategoria Confrontation Markers (nível 3) (16), é descrita pela atitude do paciente contra o terapeuta, seja por expressar raiva ou insatisfação de forma não colaborativa ou por tentar controlar o terapeuta. Através da análise dos resultados, agrupam-se 3 subcategorias de nível 4 respeitantes da mesma forma que as anteriores ao sistema de categorização de rupturas. Entre elas: *Efforts to control/pressure therapist* (10), *Patient rejects therapist intervention* (6) e *Complaints / Concerns about the therapist* (2).

- Efforts to control/pressure therapist (nível 4) (10) – descrita como a tentativa do paciente em controlar ou pressionar o terapeuta ou a sessão ou colocar pressão sobre o terapeuta para corrigir os seus problemas rapidamente. Exemplos de referências de participantes:

(P10) *“He appears to put the “work” on me, the doctor.”*

(P24) *“My client is very rational and thinks about everything, the relationship between how she feels and what led to it, but she doesn't know how to change her behaviour. It was our 4th session and she was crying and asking me how she could change, how to change because she already understood the relationship between things, and it seemed liked she wanted a magical wound to make things right for her.”*

- Complaints / Concerns about the therapist (nível 4) (2) – refere-se à expressão de sentimentos negativos sobre o terapeuta, sendo que o paciente pode-se, por exemplo, sentir com raiva, impaciente, desconfiado ou expressar dúvidas sobre a competência do terapeuta. Exemplos de referências de participantes:

(P34) *“Client is disappointed and has made a decision to terminate therapy.”*

(P36) *“Client has paranoid delusions; she is conflicted about trusting me; her body language is restless and somewhat aggressive (she will wander around my office, close my laptop, ask me to turn off my phone, etc.)”/ “She expresses doubts about me, about confidentiality, and feels that I am part of the “group” that is causing her issues.”*

- Patient rejects therapist intervention (nível 4) (6) – descrita como a rejeição ou dispensa da intervenção do terapeuta. O paciente pode rejeitar a visão ou interpretação do terapeuta acerca do paciente, considerando a pergunta do terapeuta como irrelevante ou inadequada ou rejeitando os esforços do terapeuta para intervir. Exemplos de referências de participantes:

(P11) *“The closest I can come to what you describe as a MONK experience is the experience of being at an impasse with a client who does not agree with or catch on to my approach to therapy, which is a very behavioural version of rational emotive behaviour therapy (REBT).”*

(P36) *“She deflects my questions or comments by asking me random, irrelevant questions (e.g., what's your favourite colour?). This has happened repeated in recent months.”*

No que respeita à segunda subcategoria deste primeiro nível – *Monk Experienced and Perceived by Therapist* –, esta nasce do agrupamento dos marcadores dos terapeutas quando confrontados com *MONK* e os sentimentos que estes momentos evocam no terapeuta. Ao longo da análise desta subcategoria – **Therapist Markers** (nível 2) (27) –, destaca-se uma subcategoria de nível 3, referida por 27 fontes e que se relaciona com os sentimentos dolorosos e difíceis que os terapeutas experienciam quando confrontados com *MONK*:

**Painful and Difficult Feelings** (nível 3) (27) – Esta subcategoria é constituída por 12 subcategorias de nível 4, relativas a sentimentos dolorosos e difíceis experienciados pelos terapeutas quando confrontados com *MONK*. Entre eles, *Confuse, Lost, Uncertain* (12), *Incompetence, Inability, Self-doubt, Ineffective* (9), *Tension and Anxiety* (9), *Frustration* (6); *Anger and Irritation* (5); *Disconnected and Distant* (3); *Somatic components* (3); *Impatient* (2); *Uncomfortable with silence* (1); *Guilty* (1). Desta forma, perante momentos de ruptura em terapia, os terapeutas relatam serem, maioritariamente, invadidos por sentimentos difíceis e dolorosos que podem afetar a eficácia do seu trabalho com os pacientes. Com o objetivo de exemplificar esta categoria, apenas serão discriminadas as 3 subcategorias com maior número referências de participantes.

- **Confuse, Lost, Uncertain** (nível 4) (12)

(P17) *“I have a good poker face, so I doubt I am expressing as much confusion as I feel. I know what I would say (“I can't tell if this silence is productive or not”), but I'm not sure if I should say it.”*

(P37) *“I have these MONK episodes when I miss a deeper pathos in a client. With some personalities it is really difficult to always know what one says or does that triggers the personality disordered thinking in another person. Those are the moments I get lost - or blindsided by clients.”*

- Incompetence, Inability, Self-doubt, Ineffective (nível 4) (9)

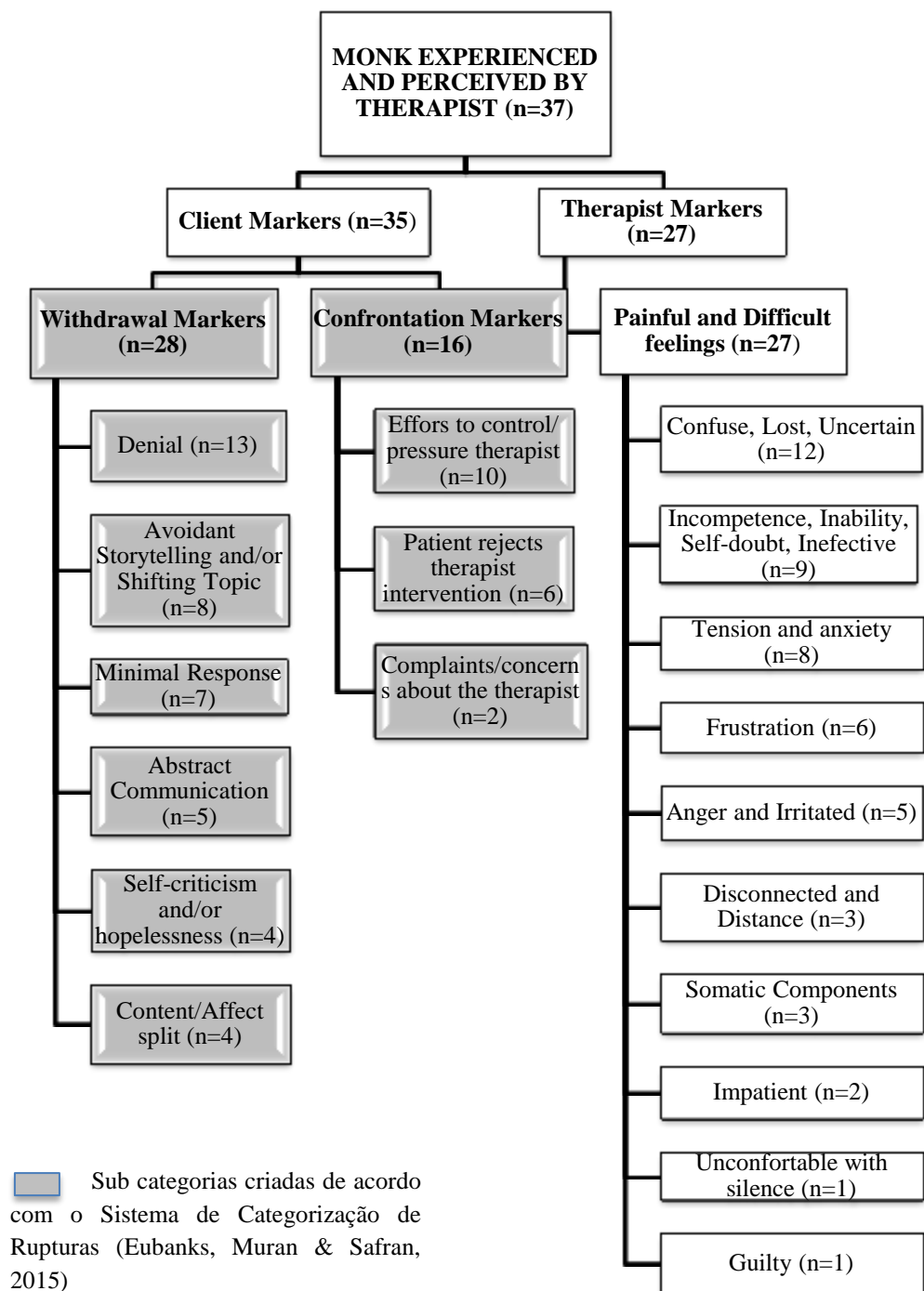
(P1) *“And he always tells me how helpful therapy is, and I'm like, "Why?" because I feel so ineffective with him (...) I really like him as a person, so I don't feel irritated with him... but I do feel incredibly incompetent in my own work with him.”*

(P2) *“Feeling I am not being helpful, that our work is not being productive.”*

- Tension and Anxiety (nível 4) (8)

(P3) *“I experience a feeling of discomfort usually in the form of anxiety and doubt about whether I can respond sufficiently well to keep them interested”*

(P38) *“I notice an initial increase in anxiety, as evidenced by a tightness in my jaw or chest.”*



**Figura 1.** Árvore de subcategorias da categoria “*Monk experienced and perceived by therapist*” e respectivo número de fontes referenciadas.

## 2. WHAT THERAPIST DOES TO HANDLE *MONK* (nível 1)

Relativamente ao segundo objectivo deste estudo, que se foca na tentativa de compreender como os terapeutas se relacionam e o que fazem perante *MONK*, os relatos dos terapeutas permitem agrupar a sua experiência em duas subcategorias de nível 2.

A importância de se manter presente e aceitar qualquer experiência emergente do processo terapêutico, é destaca pelos participantes deste estudo como fundamental para lidar com os *MONK*. Desta forma, nasce uma primeira subcategoria denominada de “*Attitude of Presence and Mindfulness*” referida por 21 fontes, e que agrupa componentes de presença terapêutica e *mindfulness* que auxiliam os terapeutas perante momentos de dúvida e incerteza difíceis. Os principais elementos referidos pelos participantes permitiram agrupar 9 subcategorias relativas às componentes de presença e *mindfulness*, entre elas: *Stay Present* (7), *Stay Open* (3), *Breath, Peace, Quiet, Patience* (11), *Stay at the moment / stay with the client* (7), *Trust in her/himself / client/ or process* (2), *Listen* (4), *Connected to the patient* (2), *Honesty / Empathy* (3), *Curiosity* (2).

De forma a exemplificar estas subcategorias, serão apenas apresentados os relatos dos participantes das 3 subcategorias mais referenciadas:

- *Breath, Peace, Quiet, Patience* (nível 3) (11)

(P29) “*I work to find within myself a sense of peace and quiet. To allow myself to be in this not knowing space and fall back into presence.*”

(P25) “*My body and mind relax as I seek to become more quiet to "hear" the client better.*”

- *Stay Present* (nível 3) (7)

(P34) “*We were both very present and focused and we were able to repair the rupture. In fact, this represented a turning point in our therapy. The MONK was productive! :-)*”

(P6) “*I quickly was able to calm myself and think about what was happening. I recognized the change in state and decided it would not be useful in this moment to*

*point it out, so I did not. I stayed present after that brief lapse and was interested in what was happening.”*

- *Stay at the moment / stay with the client* (nível 3) (7)

(P20) *“Trying to feel satisfied with just being with the client; not feeling like making any progress although just him staying alive was seen as satisfactory;”*

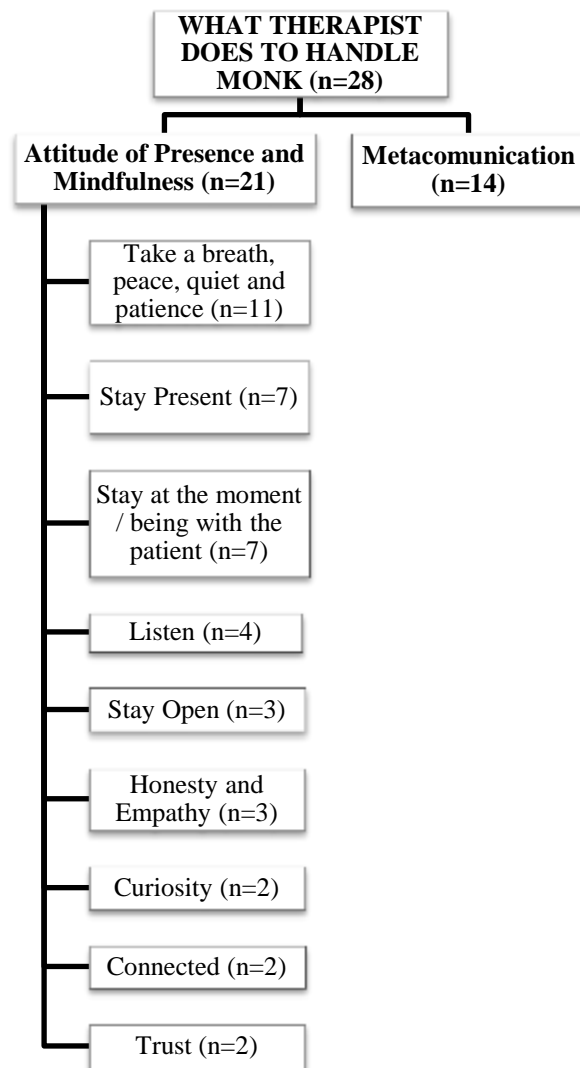
(P36) *“It is my style to be very in the moment, be very genuine and authentic with clients.”*

Por sua vez, a importância que os terapeutas atribuíram à necessidade de partilhar com os seus pacientes as dificuldades sentidas durante o processo, e mais especificamente as rupturas na aliança terapêutica evidenciadas, permite criar outra subcategoria para compreender o segundo objectivo deste estudo. Assim, a subcategoria **“Metacommunication”** é referida por 14 participantes mostrando-se significativa nas estratégias que os terapeutas adoptam para lidar com os *MONK*. Como exemplos desta subcategoria temos:

(P6) *“We find them (MONKS) to be some of the most fruitful interactions in therapy, when the therapist can notice quickly what is happening and move into a conversation with the client about their experience.”*

(P9) *“It's important to point explicitly to them with the client: "It looks like we're both feeling stuck," or "Somehow we often get to a point like this, where you get tired of exploring and questioning and would really just like someone else to give you answers.”*





**Figura 2.** Árvore de subcategorias da categoria “*What therapist does to handle MONK*” e respectivo número de fontes referenciadas.

### 3. FORMAL AND INFORMAL TRAINING (nível 1)

Relativamente à existência de possível treino formal ou informal que auxilie os terapeutas perante os *MONK*, foram agrupadas 7 subcategorias de nível 2. A Supervisão, a Prática Clínica e o Treino em *Mindfulness*, são consideradas as subcategorias que mais se destacam nesta categoria principal:

- Supervision (nível 2) (21)

(P30) *“I believe this is something like most in therapy that you learn best via supervision. It does not deserve a special place in the curriculum yet should be taught along with other suck skills and likely critical moments within context of clinical supervision.”*

(P36) *“In my graduate training I had wonderful supervisors who encouraged authenticity, including "not knowing", and "trusting my instincts".*

- Clinical Practice (nível 2) (11)

(P42) *“Managing uncertain psychotherapeutic situations comes from experience.”*

(P10) *“I honestly think my training, supervision, doctoral, post doctoral education and experience has prepared me well.”*

- Mindfulness Training (nível 2) (8)

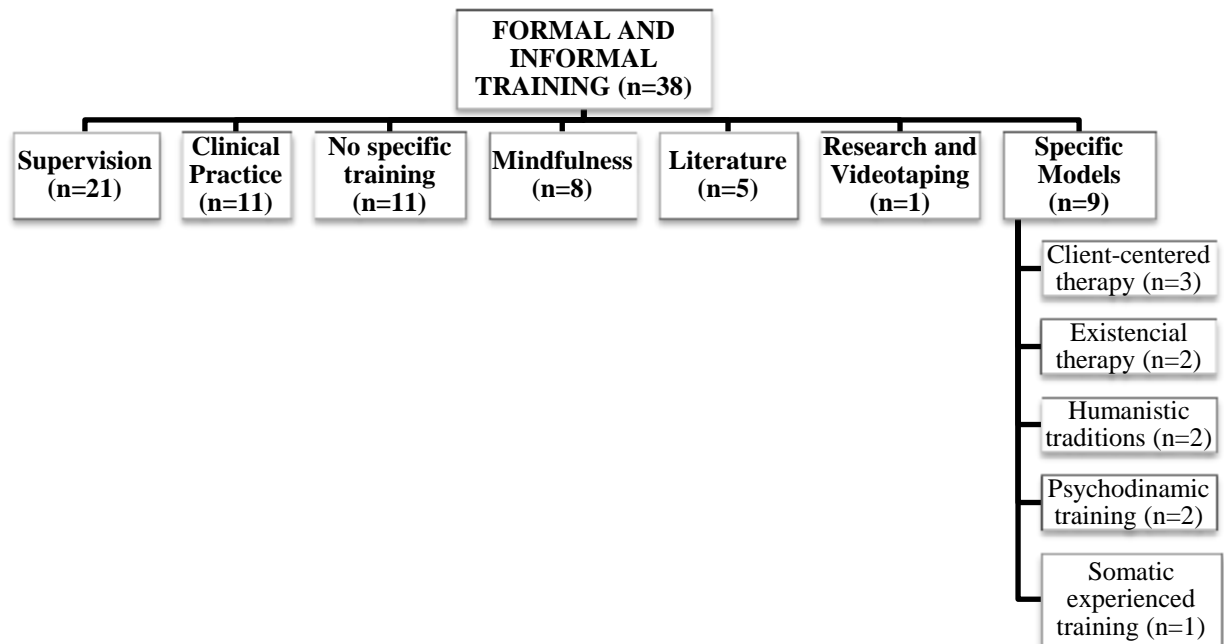
(P35) *“Previous experiences with meditation, mindfulness work, yoga, and the Eastern esoteric traditions; a weeklong residential course in Buddhist Psychology (Barre Center for Buddhist Studies in Massachusetts)”*

(P38) *“I have had training in DBT that emphasizes mindfulness, radical acceptance and a nonjudgmental stance, as well as noticing and releasing emotional experiences.”*

Os participantes do estudo mencionam ainda modelos específicos que os ajudam a lidar com *MONK* dando origem à subcategoria *Specific Models* (nível 2) (9), que é composta por 5 subcategorias de nível 3, entre elas: *Client-Centered Therapy* (3), *Existential Therapy* (2), *Humanistic Traditions* (2), *Psychodynamic Training* (2), *Somatic Experienced Training* (1).

Alguns terapeutas apontam ainda para a literatura – *Literature* (5) – e a auto-observação através do vídeo – *Research and videotaping* (1) –, como treino importante que os auxilia perante Momentos de Não Saber.

Curiosamente, 11 terapeutas consideram não ter nenhum treino específico que os ajude a lidar diretamente com os *MONK*, dando origem à subcategoria *No specific training* (nível 2) (11).



**Figura 3.** Árvore de subcategorias da categoria “*Formal and Informal training*” e respectivo número de fontes referenciadas.

#### 4. LESSONS LEARNED FROM MONK (nível 1)

Por fim, é ainda do interesse do presente estudo a tentativa de compreender as lições e aprendizagens que estes momentos proporcionam aos terapeutas. Ao analisar as respostas dos participantes a esta última questão, 26 fontes referem que estes momentos ajudam a entender e relembrar a importância de estar presente durante o processo terapêutico, e mais especificamente manter-se presente quando ocorrem situações de rupturas, impasses ou dificuldades. Desta forma, observa-se uma primeira subcategoria denominada de “*The importance of being Present*” (nível 2)(26). Esta subcategoria é composta por 8 subcategorias referentes a componentes de presença e *mindfulness* entre elas: *Mindful, non-judgemental* (13), *Accepting attitude* (6), *Be Patient and Persistent* (6), *Trusting in the therapy, patient and process* (5), *Listening* (4) *Being Authentic* (2), *Slow Down* (2), *Relaxed and Curious* (1). Estas são consideradas pelos terapeutas competências cruciais a um bom processo terapêutico e que devem estar presentes

principalmente quando os terapeutas são confrontados com Momentos de Não Saber (MONK). Como exemplos da subcategoria *“The importance of being present”* temos:

(P35) *“I am again re-learning the value of patience and the importance of maintaining a capacity and willingness to reside in a state of unknowingness / It simply reaffirms my long-lived experience that an ability to remain open to unknowingness and not striving for premature conclusions or interpretations is essential to my effectiveness, power and presence as a therapist.”*

(P4) *“MONK events help me empathize better with clients. They remind me that sometimes the best things I can do is to just be with and hear the clients.”*

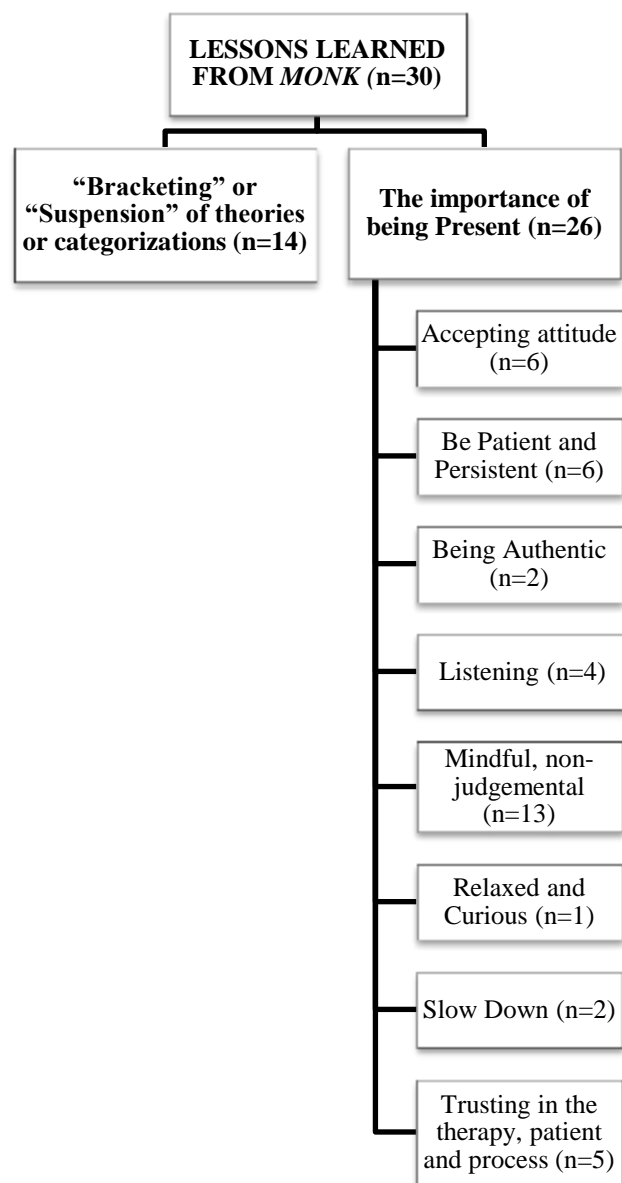
Para além destes momentos lembrarem os terapeutas acerca da importância de manterem uma atitude de abertura e aceitação perante as dificuldades encontradas ao longo do processo, estes relatam também que ao serem confrontados com tais momentos aprendem que as técnicas e categorizações teóricas dificultam e prejudicam muitas vezes um trabalho terapêutico eficaz. Vários terapeutas refletem acerca do conhecimento e da imposição apressada de técnicas e estratégias para lidar com os MONK que acabam muitas vezes por prejudicar o trabalho terapêutico. Desta forma, a subcategoria *“Bracketing or Suspension of theories or categorizations”*, referenciada por 14 fontes, refere-se à necessidade de se libertarem de conceptualizações teóricas e de conhecimentos pré-adquiridos para lidarem de forma eficaz com as dificuldades com que se deparam em terapia.

Apesar de extenso, o relato do participante 25 é precioso ao refletir acerca da aprendizagem que os MONK proporcionam e que vai de encontro ao relato dos restantes 13 participantes:

(P25) *“The truth is that I NEVER really know anything and MONK is the moment closest to reality. If MOCK (moments of complete knowing) occur, it means I am in a delusional state and not connected with the real and complex person in front of me. When I had a client I thought I knew, and believed to be of marginal intelligence, I sought to offer the best advice and counsel I could, but was thwarted at every attempt and becoming frustrated as sessions progressed. I finally shifted from MOCK to MONK and, in the shift, realized that I had missed the point. This supposedly marginally intelligent person was blocking every smart move I could make. This was an*

*exceptionally smart woman offering an image of being marginally intelligent. On this realization hinged the turnaround of therapy.*

*If I do everything by the book, then all I know is the book, not the person in front of me. When I am "off book" is when any real understanding, on both of our parts, occurs. Far too much is made, I think, of "knowing" in therapy. It gets in the way of relating effectively with the client and blocks the more creative, and ultimately helpful, responses that can be made"*



**Figura 4.** Árvore de subcategorias da categoria “*Lessons learned from MONK*” e respectivo número de fontes referenciadas.

## Apresentação dos dados quantitativos

Os dados quantitativos permitem apoiar os dados recolhidos qualitativamente com o objectivo de capturar informações extras que possam ser relevantes para compreender a experiência dos terapeutas face a *MONK*. Desta forma, as cinco questões quantitativas dizem respeito a: 1) Treino em *mindfulness*; 2) Treino em Reparação de Rupturas na Aliança; 3) Competência para trabalhar com *MONK* em psicoterapia; 4) Abertura para *MONK* em psicoterapia, e 5) Abertura do terapeuta para se deixar ser ensinado ou supervisionado pelos seus pacientes.

Desta forma, verifica-se que a média de treino em *mindfulness* da amostra (n=44) apresenta um valor de 3,5 relativamente à escala de likert, o que permite verificar que em média, os participantes do estudo revelam ter um treino moderado em *mindfulness*. Relativamente ao treino em Reparação de Rupturas na aliança, o valor médio mostra-se mais baixo que o anterior, mostrando que em média os terapeutas do estudo relatam pouco treino em reparação de rupturas na aliança.

Tanto a competência para trabalhar com *MONK* em psicoterapia, a abertura a *MONK* em psicoterapia e a abertura para se deixar ser ensinado ou supervisionado pelos seus pacientes mostram-se estar em torno no valor médio 4, o que indica que, em média, os terapeutas do presente estudo referem ter bastante competência para trabalhar e estarem abertos a *MONK* em psicoterapia, bem como se sentem bastante abertos para serem ensinados ou supervisionados pelos seus pacientes.

### Quadro 2.

Frequência e valores médios das respostas dos participantes a cada questão quantitativa.

	0	1	2	3	4	5	Valores Médios
Treino em <i>Mindfulness</i>	3	2	6	6	14	13	3,5
Treino em Reparação de Rupturas na Aliança	9	4	6	12	8	5	2,5
Competência para trabalhar com <i>MONK</i>	0	1	5	12	12	14	3,7
Abertura a <i>MONK</i>	0	0	3	3	17	21	4,2
Abertura do terapeuta para se deixar ser ensinado ou supervisionado pelo seu paciente	0	1	2	8	16	16	4

N=44 **Nota:** As questões são quantificadas através da escala de likert em que o valor 0 corresponde a “Nenhum treino/ Não se sente competente ou aberto a” e o valor 5 corresponde a “Treino Intensivo / Extremamente competente ou aberto a”.

## VI. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Como referido na secção introdutória, a presente investigação tem como objectivo aumentar a compreensão de um fenómeno que parece ser ainda pouco estudado na literatura e investigação em psicoterapia de forma explícita. Recapitulando, *MONK – Moments of not knowing* – são descritos, para o presente estudo, como experiências significativas e repetidas de incerteza e dúvida por parte dos terapeutas durante as sessões. São considerados como momentos em que os terapeutas são desafiados nas suas formas mais comuns de trabalhar, podendo levar a que estes experimentem sentimentos de improdutividade ou a sentirem-se de alguma forma perdidos no processo terapêutico, sem saber o que fazer ou como estar.

Sendo o principal foco deste estudo a tentativa de compreender a experiência dos terapeutas face a estes momentos, nesta secção serão discutidos os principais resultados apurados, bem como as conclusões que podemos retirar da análise detalhada dos dados recolhidos. Para facilitar uma leitura simples e organizada ao leitor, a discussão será assim agrupada pelos quatro grandes objectivos deste estudo que se relacionam com as quatro categorias emergentes da análise dos dados.

*MONK*, que foi curiosamente referido neste estudo pelos terapeutas participantes como um acrónimo inovador e criativo, é visto por estes como um evento que ocorre em qualquer prática clínica, sendo transversal aos vários tipos de abordagens terapêuticas. Desta forma, numa primeira análise mais geral, através dos relatos dos participantes, estes momentos podem ser considerados como eventos comuns que se verificam inevitável e repetidamente ao longo da prática psicoterapêutica.

### 1. “*MONK* EXPERIENCED AND PERCEIVED BY THERAPIST”

O primeiro objectivo deste estudo procura analisar como os *MONK* são percebidos e experienciados pelos terapeutas. Neste sentido, a presente investigação permitiu extrair informações interessantes e úteis relativas tanto quanto aos marcadores dos pacientes que desencadeiam nos terapeutas uma sensação de se sentirem perdidos, como quanto às reações e sentimentos dos terapeutas perante estes eventos críticos.

Muran e Hangr (2013) reforçam que o processo psicoterapêutico entre paciente e terapeuta está repleto de momentos marcados por conflitos e hostilidades que podem ter um efeito negativo na aliança terapêutica, conduzindo a uma ruptura na aliança entre

terapeuta e paciente (Safran & Muran, 2000). Neste sentido, importa constatar que dos 44 terapeutas inquiridos neste estudo, 35 quando questionados sobre quais os comportamentos e marcadores dos pacientes que podem contribuir para *MONK*, relatam episódios específicos de sessão caracterizados por rupturas na aliança entre terapeuta e paciente, tal como conceptualizadas por Safran e colaboradores.

Para Muran, Safran e Eubanks (2010), as rupturas são inevitáveis e ocorrem em todo o tipo de terapia independentemente do nível de competência do terapeuta. Esta constatação é sustentada pelos relatos dos terapeutas abrangidos por este estudo, que descrevem inúmeros episódios específicos dos seus pacientes repletos de marcadores de afastamento e de confrontação, independentemente do seu nível de competência ou modelo teórico.

Analizados os dados em maior pormenor, os marcadores específicos dos pacientes relacionados com comportamentos de *negação de um estado afetivo manifestamente evidente, ou de eventos que parecem relevantes para o trabalho terapêutico* (“denial”) ou *esforços para controlar ou fazer pressão no terapeuta* (“efforts to control or pressure therapist”) aparecem como os que mais contribuem para que os terapeutas se confrontem com experiências repetidas de incerteza e dúvida – *MONK*. Importa referir que estes dois comportamentos não estão inseridos no mesmo grupo de categorização, sendo que o primeiro está relacionado com um tipo de ruptura de afastamento e o segundo com uma ruptura de confrontação.

Uma observação curiosa verificada através da análise dos dados, baseia-se na frequência dos relatos de rupturas de afastamento comparativamente com a frequência das rupturas de confrontação, verificando-se que 28 terapeutas relatam rupturas de afastamento enquanto que 16 relatam rupturas de confrontação. Curiosamente, no estudo realizado por Coutinho et al., (2011), os terapeutas mostram estar mais confortáveis e empáticos durante eventos de afastamento do que confrontação por parte dos seus pacientes. Contrariamente, parece que no presente estudo, os terapeutas tendem a escolher mais exemplos relacionados com rupturas de afastamento como tendo maior contributo para *MONK* enquanto clínicos, comparativamente com rupturas de confrontação. Contudo, será necessária mais investigação para compreender se um ou outro tipo de rupturas tem maior contributo para *MONK*, bem como os processos subjacentes a tal fenómeno. Outra interpretação no alinhamento do estudo de Coutinho et al., (2011) é que esse maior conforto em lidar com rupturas de afastamento pode



também traduzir-se num maior conforto em relatar exemplares deste tipo de tensão na aliança no nosso estudo.

À luz da análise efectuada a partir dos dados recolhidos, constata-se que os terapeutas experimentam sentimentos dolorosos e difíceis tais como frustração, confusão e incerteza, raiva e irritação, tensão e ansiedade, entre outros, perante experiências repetidas de dúvidas ou incerteza e, mais concretamente quando expostos a marcadores de afastamento ou confrontação por parte dos pacientes.

Fazendo novamente referência ao estudo realizado por Coutinho et al., (2011), os terapeutas de tal estudo demonstram que ambas as rupturas contribuem para que estes se sentissem perdidos, sem saber o que fazer, confusos ou ambivalentes. Estes eventos são considerados pelos terapeutas como difíceis e ameaçam a sua auto-eficácia. Congruente com estes resultados, também os terapeutas do presente estudo descrevem estes momentos interpessoais de rupturas como extremamente difíceis, destacando-se de igual forma, sentimentos de incompetência e incapacidade para ajudar o paciente, bem como o facto destes se sentirem confusos e perdidos. É assim evidente que para os participantes deste estudo, a auto-eficácia é posta em causa quando são confrontados com rupturas na aliança terapêutica.

Como Thériault e Gazzola (2010) observam, estes sentimentos de dúvida, incerteza e insegurança dos terapeutas sobre a sua eficácia estão entre os mais frequentes riscos da profissão psicoterapêutica, independentemente do nível de experiência do terapeuta. Do mesmo modo, os resultados observados vão ao encontro das conclusões de Orlinsky (2005), que aponta as “dúvidas de desempenho profissional” como uma dimensão de dificuldades sentidas na prática clínica muito experienciada pelos terapeutas. É esta também a segunda dimensão mais referida pelos participantes do presente estudo.

Moltu et al., (2010) focam-se na exploração de impasses sentidos pelos terapeutas ao longo do processo psicoterapêutico e observam que os sentimentos negativos que os terapeutas experienciam em relação ao paciente são um fenómeno normal e comum. Tal como estes investigadores, também o presente estudo evidência com clareza que os *MONK* despertam nos terapeutas sentimentos dolorosos tanto em relação aos pacientes como em relação às suas próprias competências para lidar com a ruptura. Compreendem-se assim, as observações de Safran e Muran (2000) que demonstram que perante momentos de ruptura os terapeutas podem sentir um “colapso interno” em relação às suas estratégias internas, e precisam assim de recuperar o seu

“espaço interno” antes de serem novamente capazes de ajudar. Perante esta observação, estes autores sugerem que os terapeutas meta-comuniquem os seus sentimentos para que possam novamente centrar-se na experiência do paciente. Curiosamente, os participantes deste estudo relatam também a meta-comunicação como estratégia que adoptam para lidar com tais dificuldades. Esta observação é discutida de forma mais aprofundada no ponto seguinte.

## 2. “WHAT THERAPIST DOES TO HANDLE MONK”

O segundo objectivo desta investigação pretende compreender como os terapeutas lidam com MONK, e mais concretamente perceber o que estes fazem para tolerar os desafios e dificuldades que encontram com os pacientes que os conduzem a experiências repetidas de dúvida e incerteza.

Foi interessante constatar que, quando confrontados com estes momentos, a generalidade dos terapeutas adopta ou procura adoptar uma atitude ativa de presença e *mindfulness*, em vez de recorrerem a intervenções específicas, as quais chegam a ser consideradas por alguns como contraproducentes ou mesmo negativas, até porque o uso das mesmas é o que pode estar a oferecer resistência nos pacientes.

Esta posição contra a utilização impulsiva, prepotente ou coerciva de intervenções técnicas como forma de lidar com a incerteza e ultrapassar as dificuldades sentidas, é depois também verificada na categoria das aprendizagens que os *MONK* proporcionam. Reforça-se assim a ideia de que, perante momentos de dúvida e incerteza, os terapeutas beneficiam ao permanecerem abertamente no momento com os seus pacientes, não optando por recorrer impulsivamente ao uso de intervenções que podem muitas vezes ser forçadas ou administradas de forma balística, se vêm de um terapeuta demasiado desconfortável com os sentimentos de vulnerabilidade que ainda está a experimentar. Onde há *colapso* é preciso haver *espaço*, ambos internos.

A postura de presença e *mindfulness* que os terapeutas tentam adoptar perante *MONK* é suportada por distintos componentes, de entre os quais se destaca o permanecer no momento com o paciente, de forma calma, aberta, confiante, sintonizada, curiosa, paciente, honesta e empática e mostrando ainda uma escuta atenta e profunda. De acordo com a substancial investigação realizada em torno da Presença Terapêutica, as qualidades apresentadas pelos participantes mostram estar relacionadas com qualidades que contribuem para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva

(e.g. Geller et al., 2010; Hayes & Vinca, 2011; Pos, et al., 2011). Neste sentido, e tendo em conta que os *MONK* são em grande parte originados por conflitos e tensão na aliança terapêutica, a adoção de tal postura parece facilitar o fortalecimento do vínculo positivo entre terapeuta e paciente, ou assim relatam os nossos participantes. Sugerimos com a presente investigação, que esta postura de abertura e aceitação facilita que os terapeutas recuperem o espaço interno fragilizado pela experiência de sentimentos dolorosos desencadeados por *MONK*, antes de se sentirem novamente habilitados a ajudar os seus pacientes.

Investigações anteriores sobre rupturas e impasses destacam também a importância de uma atitude de abertura e aceitação perante momentos difíceis experimentados pelos terapeutas. Moltu, et al., (2010) descrevem no seu estudo acerca de impasses sentidos pelos terapeutas a categoria “*helpful subjective presence*” (“presença subjetiva”), que é referida como um modo de estar com os pacientes considerado terapêutico, e que ajuda os terapeutas a lidar com os sentimentos dolorosos que os impasses despoletam. Também no presente estudo se verifica que os participantes recorrem a esta atitude de abertura e aceitação como forma de lidar com as dificuldades sentidas, bem como com os sentimentos difíceis que se manifestam.

Vários autores abordam o *mindfulness* como uma atitude ou abordagem que ajuda a promover a experiência da presença (e.g. Geller & Greenberg, 2002, 2012; Hayes & Vinca, 2011; McCollum & Gehart, 2010). Assim, no presente estudo os participantes fazem referência ao *mindfulness* como uma abordagem intrapessoal que ajuda a lidar de forma eficaz com os desafios inerentes ao processo terapêutico. Através da respiração, paz, quietude e paciência (uma das subcategorias mais referenciadas pelos participantes), os terapeutas envolvem-se num período de atenção plena e concentração no momento atual, intencional e sem julgamento. É através desta prática que assumimos que tal postura permite que os terapeutas encontrem novamente “estabilidade interna”, para que possam atender às necessidades e desafios dos paciente de forma construtiva, como também aceitar os seus próprios estados internos e sentimentos exigentes.

Desta forma, remetendo para os sentimentos de tensão e ansiedade referidos por vários participantes, a presença terapêutica e *mindfulness* são também adoptadas como forma de reduzir o desconforto. Tal como David e Hayes (2011) observam, a adoção de tal postura diminui o stress e ansiedade dos terapeutas, aumenta a empatia com os pacientes e aumenta a auto-compaixão e auto-eficácia.

Porém, a tentativa de permanecer no momento com o paciente, é referida pelos participantes como uma atitude que nem sempre é fácil de adoptar, tendo em conta a ambivalência que se verifica entre terapeutas e pacientes. Todavia, observa-se que os terapeutas trabalham e desafiam-se para manter esta atitude, apesar dos obstáculos encontrados.

É de salientar que os dados quantitativos reforçam a subcategoria acima identificada que considera a presença terapêutica e o permanecer abertamente perante *MONK* como essenciais para lidar com estes momentos. Desta forma, a observação das respostas dos participantes às questões quantitativas indica que, dos 44 participantes do estudo uma grande maioria (38) se sentem abertos a *MONK* em psicoterapia, e ainda mais de metade (26) consideram sentir-se extremamente competentes para lidar com estes momentos (Quadro 2). Verifica-se assim, que todos os terapeutas que consideram ter competência extrema para trabalhar com *MONK*, se mostram totalmente abertos perante os mesmos (Quadro 2). Desta forma, os números apoiam a conclusão de que perante *MONK* tende a ser benéfico manter uma atitude de presença e abertura a todas as experiências intra e interpessoais, do próprio e do outro, na medida do possível.

Por outro lado, à semelhança de Safran e Muran (2000), que consideram que a meta-comunicação é uma estratégia que está intimamente ligada à resolução de rupturas terapêuticas, também alguns participantes deste estudo relatam a importância de meta-comunicar e partilhar com os seus pacientes as dificuldades sentidas em momentos de dúvida e incerteza. De facto, a meta comunicação tem sido identificada como o “veículo” através do qual as rupturas na relação terapêutica são exploradas, processadas e resolvidas, fornecendo assim uma valiosa oportunidade para introspeção e mudança por parte do terapeuta e do paciente (Safran & Muran, 2000), numa psicologia a duas pessoas.

Hill e Knox, (2002) afirmam que esta é uma estratégia frequentemente utilizada em contexto terapêutico para facilitar a comunicação entre terapeuta e cliente, clarificando os pensamentos, sentimentos e reações que de outra forma permaneceriam implícitos. Esta constatação é sustentada pelos relatos dos participantes em relação à necessidade de tornar explícito para os pacientes o que parece estar apenas guardado dentro de si (isto é, implícito), facilitando uma exploração conjunta e partilhada das dificuldades sentidas.

Hill et al., (1996) observaram ainda que como resultado dos impasses, os terapeutas reportam sentir-se frustrados, irritados, desapontados, ou magoados. Quando

questionados sobre como lidam com os impasses ocorridos, estes apontam para a necessidade de discutir o impasse com o paciente. Assim a sub-categoria “*discuss the impasse with the client*” (Hill et al., 1996) parece estar em sintonia com a sub categoria do presente estudo “Metacommunication” – descritas, de forma igual, como estratégia para lidar com as dificuldades interpessoais e com os sentimentos difíceis que surgem.

Concluindo, através da análise destes dois clusters da categoria “*What therapist does to handle MONK*” – (i) Atitude de Presença e *Mindfulness* e (ii) Meta-comunicação – pode-se afirmar que estes estão reciprocamente interligados, uma vez que uma meta-comunicação eficaz exige que o terapeuta esteja ancorado no momento presente e ligado à experiência emergente. Tal como Safran e Belotserkovsky (2009) sugerem, os terapeutas não devem estabelecer meta-comunicação sem que estejam totalmente conscientes dos seus próprios sentimentos.

### **3. “FORMAL AND INFORMAL TRAINING”**

Relativamente ao terceiro objectivo deste estudo, é ainda crucial tentar compreender possíveis tipos de treino, formal ou informal, que podem ajudar os terapeutas a tolerar e lidar com repetidos momentos de dúvida e incerteza, uma vez que estes ocorrem frequentemente ao longo da sua carreira.

A análise dos relatos dos terapeutas em relação a esta categoria permitiu verificar a destacada importância que os terapeutas atribuem à supervisão, enquanto treino crucial e indispensável. Através dos seus relatos, torna-se clara a relevância que a partilha de momentos difíceis com os seus supervisores bem como o receber feedback por parte destes, assume no desenvolvimento e eficácia dos terapeutas. Esta observação vai de encontro à posição de Nolan, Strassie & Roback (2004) que consideram a supervisão sistemática do trabalho clínico como uma das estratégias que ajuda a diminuir ou prevenir presumíveis efeitos negativos do terapeuta. Também Eubanks-Carter et al., (2015) demonstram através do seu modelo a importância da supervisão como estratégia crucial para ajudar os terapeutas a melhorar a sua capacidade para reconhecer, tolerar e negociar as rupturas terapêuticas. Do mesmo modo, no estudo realizado Hill et al., (1996) os terapeutas relatam como estratégia de coping para lidar com os sentimentos dolorosos dos impasses, a supervisão. Desta forma, referenciada por quase metade da nossa amostra (21 de 44 fontes), é clara a importância que a partilha e feedback das dificuldades em contexto de supervisão assume.

Tendo em conta os resultados acima discutidos, o presente estudo permite refletir sobre a necessidade que os terapeutas sentem em partilhar as suas dificuldades, tanto com os seus supervisores como também com os seus pacientes através da meta-comunicação. Desta forma, os resultados observados tornam-se pertinentes podendo inspirar estudos futuros que investiguem de forma mais pormenorizada a influência que a meta-comunicação e a supervisão podem ter na forma de lidar com *MONK*, enquanto processo de partilha das suas dificuldades. Sendo ambas estratégias de partilha de algo que está implícito no terapeuta, ora ao cliente ora ao supervisor, em que medida é que o minimizar sentir-se sozinho ou sozinha perante estes momentos não é um princípio orientador? Esta é uma questão interessante que se pode colocar em investigações futuras sobre os *MONK*.

Atendendo ainda à supervisão e à meta-comunicação enquanto estratégias que, apesar de aplicadas em contextos diferentes, parecem ter neste estudo um resultado semelhante para os terapeutas, a *abertura para se deixar ser supervisionado e ensinado pelos seus pacientes* parece estar também relacionada com estas duas estratégias adoptadas. Verifica-se que dos 44 participantes, 32 consideram estar totalmente abertos para se deixarem ser supervisionados e ensinados pelos seus pacientes (Quadro 2). Estes resultados permitem equacionar que tal abertura possa estar também relacionada com a necessidade de minimizar o sentirem-se sozinhos perante momentos de dificuldade, sendo indispensável o feedback dos pacientes para ultrapassar estes momentos. Conclui-se, que tanto os terapeutas como os pacientes mostram assumir um papel importante na resolução construtiva de *MONK*, através de uma abertura mútua para a exploração das dificuldades conjunta.

Observa-se ainda a importância que alguns modelos específicos assumem para os terapeutas aquando de Momentos de Não Saber. É curioso constatar que a maioria dos modelos apontados pelos terapeutas se referem a abordagens experienciais humanísticas. Se estas são as que mais dotam os terapeutas com competências indispensáveis para lidar com *MONK*, e que de certa forma estariam viradas para uma visão mais experiencial da prática clínica, seria uma questão de investigação interessante, que o presente estudo não pode responder. Sabemos isso sim que a maioria dos participantes que escolheram oferecer-nos o seu contributo, partilham estas abordagens.

Refletindo sobre o treino em *mindfulness*, este tem lugar na árvore de categorias uma vez que é referido espontaneamente nas respostas qualitativas como treino crucial

por oito participantes. Porém, analisando as respostas às questões finais quantitativas, que inquiriam os terapeutas acerca do nível de treino em *mindfulness*, é curioso que dos 44 terapeutas, mais de metade considera ter treino intensivo nesta área (27/44) (Quadro 2). Dos 27 terapeutas treinados intensivamente em *mindfulness*, 25 assinalam que se sentem totalmente abertos para trabalhar com *MONK* (Quadro 4), 16 sentem ter competência para lidar com estes momentos (Quadro 3) e 19 respondem estar totalmente abertos para se deixarem ser supervisionados e ensinados pelos pacientes (Quadro 5).

Desta forma, apesar dos dados quantitativos não serem estatisticamente analisados, estes apoiam a utilidade de desenvolver e treinar competências de *mindfulness* que podem proporcionar aos terapeutas uma atitude de abertura e aceitação perante a experiência emergente. À luz desta constatação, e tal como mostram os resultados de Cigolla e Brown (2011), o *mindfulness* permite que os terapeutas se sintam mais confortáveis com os pacientes e consigo próprios e mais capazes de tolerar o desconhecido e stress. Relativamente ao treino, também McCollum e Gehart (2010) demonstram a importância que este assume, referindo que depois de participarem num programa de *mindfulness*, os terapeutas mostram estar mais presentes durante as sessões, mais confortáveis com o silêncio, mais atentos e responsivos aos pacientes.

Refletindo sobre a estratégia de meta-comunicação apontada anteriormente pelos participantes como crucial para lidar com os *MONK*, parece existir uma ligação com o treino em *Mindfulness*. Eubanks-Carter et al., (2015), através do seu modelo de supervisão, consideram que o *mindfulness* é considerado como uma faculdade mental essencial que pode contribuir para uma meta-comunicação eficaz, desenvolvendo nos terapeutas competências para atender ao aqui-e-agora com uma atitude de curiosidade e aceitação sem julgar. Por outras palavras, para estarem mais presentes e com recursos.

É ainda interessante verificar que, para alguns terapeutas, a prática clínica e a experiência, são consideradas como essenciais para aprender a lidar com os *MONK*. Esta observação pode ir no sentido de Geller e Greenberg (2002), que apontam para a ideia de que tolerar o desconhecido e a incerteza inerente a qualquer processo terapêutico requer prática e experiência por parte dos terapeutas. Por outras palavras, a experiência faz o Mestre, ou até mesmo o Monge.

Ao analisar as respostas dos participantes às questões quantitativas e cruzando estes dados com a questão sociodemográfica relativa à prática profissional (Anexo B), é interessante observar que dos 27 terapeutas com mais de 25 anos de experiência, 18

sentem ter bastante competência para trabalhar com *MONK* em psicoterapia (Quadro 6), 24 consideram estar abertos a *MONK* (Quadro 7), e 23 consideram estar abertos para se deixar ser ensinados e supervisionados pelos seus pacientes (Quadro 8). Desta forma, estas observações apoiam a constatação de que a prática e experiência clínica podem ser arenas de treino para aprender a lidar com *MONK*, e mostram estar intimamente ligados a uma maior capacidade para se sentirem abertos e aceitarem que tais momentos ocorram ao longo do processo terapêutico. Porém, estes dados também permitem aos investigadores refletirem sobre a necessidade de treino sistemático em lidar com *MONK*, assim como treino sistemático em lidar com rupturas na aliança, que partilharão muitos aspectos, e que podem habilitar terapeutas mais jovens sem que tenham de esperar até serem mais experientes.

Aliás, é interessante observar que 11 terapeutas do presente estudo relatam não ter nenhum tipo de treino que os ajude a lidar especificamente com *MONK*. Estes dados mostram-se curiosos uma vez que dos 44 participantes, 25 assumem ter algum tipo de treino em Reparação de Rupturas na Aliança e dos mesmos 44, 33 assumem ter algum tipo de treino em *Mindfulness* (Quadro 2). Desta forma, aponta-se para a necessidade de desenvolver um treino específico sistemático para lidar com *MONK*, que parece ir além do treino já existente de Reparação de Rupturas na Aliança terapêutica. Com a presente investigação compreende-se que muitos dos princípios que orientam a AFT (Eubanks-Carter et al., 2015) se mostram valiosos para lidar com *MONK*, contudo aponta-se para o interesse de realizar investigação futura com o objectivo de desenvolver um treino sistemático em *MONK*, atendendo aos princípios orientadores focados neste estudo.

Apesar de ter sido referido apenas por um participante deste estudo, é ainda destacada a importância que a auto-observação através do vídeo em contexto de treino e investigação aparenta ter no desenvolvimento e crescimento dos terapeutas. Eubanks-Carter et al., (2015) mostram que o uso do vídeo pode ultrapassar as limitações de depender da memória seletiva e permitir um melhor foco no comportamento não verbal, ajudando os terapeutas a tornarem-se mais conscientes e aceitantes da sua experiência, com o objectivo de intervirem de forma genuína, empática e flexível.

Concluindo, a supervisão destaca-se neste cluster enquanto treino específico que mais parece ajudar os terapeutas perante *MONK*. Contudo, todas as outras subcategorias identificadas mostram-se significativamente importantes para lidar com *MONK*, e permitem uma reflexão acerca do peso da presente investigação para o desenvolvimento de Programas de Treino específicos (e.g. Eubanks-Carter et al., 2015) que podem ser



tanto em formato de supervisão como também de workshop intensivo de forma a que os terapeutas levem um módulo de ferramentas para introduzir nas suas práticas, independentemente da sua abordagem.

#### 4. “LESSONS LEARNED FROM *MONK*”

Por fim, mas não menos importante, é indispensável tentar compreender quais as lições aprendidas com os *MONK* que inevitavelmente se manifestam ao longo da carreira dos psicoterapeutas.

Antes de mais, através de uma análise mais geral das respostas dos participantes a esta categoria, vários terapeutas relatam a influência que estes momentos mostram ter tanto sobre a sua prática clínica como a sua vida pessoal, revelando que os *MONK* afectam os terapeutas na sua totalidade. Importa referir que o estudo realizado por Hatcher et al., (2012) acerca das aprendizagens que os pacientes proporcionam aos seus terapeutas e como estes são afectados pelos mesmos, aponta para o facto de que todos os pacientes transmitem lições de vida importantes para os terapeutas em estudo, e que os seus relacionamentos pessoais são afectados pela sua prática clínica. Perante esta constatação, é de ressaltar que os *MONK* mostram ter tanto influência no desenvolvimento profissional dos terapeutas como também a nível pessoal, contribuindo para que este fenómeno ganhe ainda mais destaque e notoriedade. Tendo ainda em atenção os relatos espontâneos dos terapeutas a esta questão, a presente investigação permite também compreender que a forma como os terapeutas lidam com conflitos interpessoais fora da terapia e o modo como encaram momentos na sua vida pessoal em que não sabem o que fazer, influencia o modo como lidam com *MONK* em contexto clínico. Assim, não podemos deixar de concluir com a presente investigação que a forma como são encarados *MONK* em terapia, está intimamente relacionada com a vida pessoal de cada terapeuta e com as experiências relacionais e de incerteza idiossincráticas.

Atendendo a uma análise mais pormenorizada desta categoria – *Lessons learned from MONK* – é possível constatar que as duas sub-categorias deste cluster estão intimamente relacionadas, sendo estas “*The importance of being present*” e “*Bracketing or Suspension of theories or categorizations*”.

Desta forma, é mais uma vez evidenciada a ideia da importância dos terapeutas se manterem presentes perante situações repetidas de dúvida e incerteza. Estes relatam que ao estarem em contacto com *MONK* lhes permite sentir e aprender a importância de adoptar uma atitude de aceitação e abertura através de uma postura de Presença Terapêutica. Realçam novamente a importância de permanecer no momento com o paciente, de forma autêntica, paciente, persistente, confiante e com curiosidade e abertura para qualquer que seja a dificuldade sentida.

Intimamente relacionada com esta posição, os terapeutas referem que os *MONK* lhes permitem olhar para as intervenções técnicas e para o conhecimento teórico previamente adquirido de outra forma. Estes relatam que perante momentos de dúvida e incerteza, o conhecimento do terapeuta e a constante necessidade de categorizar e recorrer a técnicas terapêuticas, são na maior parte das vezes impeditivos de um trabalho eficaz. Realçam também que as intervenções técnicas aquando de momentos de hostilidade na relação entre terapeuta-paciente, contribuem muitas vezes para o agravamento das rupturas.

Tal como Goldfried (1999) defende que os esquemas teóricos podem acabar por ser obstáculo a um trabalho clínico eficiente, também os terapeutas do presente estudo ressaltam a importância de perante *MONK* se libertarem de expectativas, crenças, preconceitos, teorias, categorizações, e planos, permitindo-lhe abordar o cliente com abertura e curiosidade. Verificam-se assim semelhanças em relação à postura *Not-Knowing* introduzida por Anderson e Goolishian (1988), que defendem que o terapeuta não tem acesso a informações privilegiadas acerca do paciente, não chegando nunca a compreendê-lo plenamente. De acordo com estes autores, espera-se assim que o terapeuta adopte uma posição em que as suas ações e atitudes expressem uma necessidade e curiosidade de saber mais e mais sobre o paciente, em vez de transmitir opiniões preconceituosas ou expectativas baseadas em teorias ou intervenções técnicas.

Não sugerimos com isto rigidificar a flexibilidade nem temer uma sugestão de uma ou outra intervenção. Uma psicologia a duas pessoas e uma atitude em que o terapeuta oferece o que tem a oferecer de forma tentativa, em negociação com o cliente, reduz os riscos de insucesso perante *MONK*. Concluindo, de uma forma sucinta os *MONK* permitem que os terapeutas reflitam sobre a importância de uma postura relacional baseada na abertura, disponibilidade e aceitação, em vez de uma relação terapêutica técnica, hierárquica ou intervencionista. Também não sabemos o que é sucesso perante *MONK*, se é sair deles se é estar melhor neles. E há quem diga também

que “o coração tem razões que a própria razão desconhece”. Erros a haver, em *MONK*, que sejam mais do coração do que da razão.

### **Limitações do estudo e Sugestões para estudos futuros**

Discutidas as principais conclusões dos dados observados importa também referir limitações inerentes ao estudo. As respostas dos participantes relativas à última questão opcional sobre a sua experiência e motivação ao participarem neste estudo, permitiu também compreender algumas limitações da presente investigação relatadas pelos mesmos.

A nível metodológico, alguns terapeutas mostram ter dificuldade em responder sucintamente às questões uma vez que cada bloco continha mais do que uma pergunta, tornando-as por vezes bastante amplas e ambíguas. Perante este facto, e através da análise realizada aos dados recolhidos não foi possível compreender se as estratégias que os terapeutas adoptam perante *MONK* são percepcionadas pelos terapeutas e pacientes como eficazes ou produtivas em relação à resolução da ruptura ou conflito sentido. A questão acerca da resolução eficaz dos *MONK*, era incluída juntamente com questões relativas aos factores facilitadores bem como com as aprendizagens retidas, o que fez com que a maioria dos terapeutas dispersasse nas suas respostas. Com base no estudo de Hill et al. (1996) que analisa os impasses que levaram à terminação precoce da terapia – ou seja os impasses que não foram resolvidos com sucesso – e o estudo de Moltu et al., (2010) que contrariamente estudaram os impasses que foram resolvidos com sucesso, verifica-se que esta distinção pode ser importante para compreender as estratégias permitem lidar de forma construtiva com *MONK*. Posto isto, e refletindo sobre a opinião dos terapeutas relativamente a esta limitação, será importante em estudos futuros sobre *MONK*, ter atenção a uma forma mais simplificada, direta e clara de abordar as questões nos dois casos de forma explícita.

Para além desta limitação, verifica-se também que para alguns terapeutas a recordação de uma sessão específica para as primeiras questões apresentadas, levou a que alguns não se recordassem exatamente do que tinha acontecido em sessão, acabando por prejudicar por vezes uma resposta elaborada por parte dos terapeutas às questões iniciais. As questões mais finais, que se referiam à generalidade de Momentos Não Saber, não foram afectadas por esta limitação, uma vez que eram mais reflexivas e que podiam trazer à memória dos terapeutas situações mais protótipos e não

necessariamente frescas. Desta forma, apesar de ter sido pedido aos terapeutas para se recordarem de uma sessão específica recente e, sendo estes considerados como momentos comuns e bastante frequentes, será necessário em estudos futuros, enfatizar a importância de recordar momentos mais próximos que possam ser descritos com maior pormenor e detalhe por parte dos participantes, ou até mesmo excluir da análise aqueles que não respeitem o critério.

Devido a constrangimentos temporais, não foi possível analisar os dados da Escala de Presença Terapêutica (Geller et al., 2010). Observando os resultados da presente investigação, a presença terapêutica destaca-se pela importância que assume perante *MONK*. Desta forma, investigações futuras sobre momentos repetidos de dúvida e incerteza, beneficiam ao integrar dados qualitativos com dados quantitativos, de forma a compreender este fenómeno mais detalhada e aprofundadamente. Do mesmo modo, tendo em conta a complexidade da experiência interna da presença terapêutica, seria interessante e benéfico tentar capturar a presença dos terapeutas através da observação de manifestações comportamentais, observadas por vídeo. Tal método permitiria compreender as diferentes qualidades de *MONK* e da presença terapêutica através de outro ponto de vista, e observar comportamentos específicos que os terapeutas adoptam e que permitem que os pacientes sintam os seus terapeutas totalmente presentes.

Verifica-se ainda que vários participantes não responderam à questão sócio demográfica relativa à sua orientação enquanto mais ecléticos e integrativos. Este facto pode-se constituir como uma limitação uma vez que não tornou possível averiguar se uma orientação mais integrativa ou eclética tem influência perante a tomada de decisão para lidar com *MONK*. Assim, em estudos futuros pode ser interessante destacar esta variável e verificar a sua influência perante Momentos de Não Saber.

Apesar das limitações acima apontadas, é necessário referir que o presente estudo, bem como o instrumento e o acrónimo *MONK* criados para a presente investigação, foram bastante elogiados por inúmeros terapeutas. Para estes, a participação nesta investigação contribuiu para uma reflexão sobre as dinâmicas de tensão que ocorrem ao longo de todos os seus processos, sublinhando que tal momento correspondeu a um bom exercício de supervisão. O foco no paciente/momento específico, permitiu desenvolver uma maior consciência das dificuldades que sentem ao trabalhar com esse mesmo paciente e, do mesmo modo, refletir com maior clareza sobre as variáveis que podem estar a contribuir para a ocorrência de *MONK*. É de realçar que o presente estudo se destaca e mostra-se útil tanto para a investigação como para a

prática clínica e desenvolvimento profissional dos terapeutas, uma vez que não permite apenas aumentar o conhecimento de um fenómeno que parece ser ainda pouco estudado em psicoterapia, como oferece também uma oportunidade aos terapeutas de realizarem um exercício de supervisão a um nível mais pessoal. É assim que, enquanto investigadores do presente estudo, consideramos que este instrumento é mais do que um mero instrumento de recolha de dados; é um treino pontual e reflexivo oferecido aos terapeutas em momentos difíceis, ao qual podem sempre recorrer, a um nível pessoal, para refletir sobre a experiência de tais momentos durante a prática clínica.

Em suma, e atendendo à questão inicial da presente investigação “Como são experienciados e percebidos Momentos de Não Saber (*MONK*) em sessão e o que os terapeutas fazem em concreto para lidar e tolerar estes momentos?”, este estudo permite compreender que as rupturas na aliança terapêutica contribuem para que os terapeutas se confrontem com experiências significativas e repetidas de dúvida e incerteza durante as sessões, sendo assim desafiados nas suas formas mais comuns de trabalhar. Quando confrontados com estes momentos, os terapeutas experienciam sentimentos dolorosos tanto em relação ao paciente, como sentimentos de dúvida e incapacidade sobre as suas próprias competências. De forma a lidar com as dificuldades e com a dúvida e incerteza sentida, os terapeutas realçam a importância de se manterem presentes através de uma postura de abertura e aceitação ao invés de adotarem técnicas administradas de forma balística, tal como é referido por inúmeros participantes do estudo. Complementar a esta postura de Presença Terapêutica, a meta-comunicação permite que, em conjunto, terapeuta e paciente reflitam sobre os conflitos e tensões na aliança terapêutica.

É assim necessário passar da teoria à prática, de modo a que o presente estudo auxilie a prática clínica dos psicoterapeutas, bem como inspire programas académicos e de treino sistemático que ressaltem competências cruciais para lidar com *MONK*. Desta forma, o presente estudo mostra ter utilidade para reforçar muito do que já foi estudado sobre rupturas na aliança e a sua reparação, explicitando um fenómeno que pode até ir além dessa literatura. Aponta para uma conceptualização mais compreensiva e abrangente destes momentos de dúvida e incerteza, em que os terapeutas se permitem estar com os seus pacientes sem saber, mas juntos, ligados e confiantes.

Nas palavras de Clarice Lispector, “*Perder-se também é caminho*”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggs, C., & Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling and Psychotherapy Research, 10*(4), 278-286.
- Anderson, H. (1995). Collaborative language systems: Toward a postmodern therapy. In R. Mikesell, D.D. Lusteran, & S. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Family psychology and systems theory* (pp. 27–44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, H. (2005). Myths About “Not-Knowing”. *Family Process, 44*, 497–504.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process, 27*, 371–393.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Social construction and the therapeutic process* (pp. 25–39). Newbury Park, CA: Sage.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(6), 1027-1032.
- Binder, J. L. (2004). *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: clinical practice beyond the manual*. New York: Guilford Press.
- Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 121-139.

- Bishop S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Boyatzis, R.E. 1998: Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Sage.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). 77-101.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 43(3), 271-279.
- Cigolla, F., & Brown, D. (2011). A way of being: Bringing mindfulness into individual therapy. *Psychotherapy Research*, 21(6), 709-721.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540.
- Davis, J. D., Elliott, R., Davis, M. L., Binns, M., Francis, V. M., Kelman, J. E., & Schröder, T. A. (1987). Development of a taxonomy of therapist difficulties: Initial report\*. *British Journal of Medical Psychology*, 60(2), 109-119.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.

- De Stefano, J., D'iuso, N., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., & Chamodraka, M. (2007). Trainees' experiences of impasses in counseling and the impact of group supervision on their resolution: A pilot study. *Counseling and Psychotherapy Research*, 7(1), 42-47.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169-173.
- Eubanks, C.F., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York.
- Geller, S. M. (2001). *Therapeutic presence: The development of a model and a measure*. (Unpublished doctoral dissertation). York University, Toronto, Canada.
- Geller, S. M. and Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapist's experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 71–86.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a model. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.



- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience. Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Goldfried, M. R. (1999). Role of theoretical bias in therapeutic interventions: To see or not to see?. *Journal of clinical child psychology*, 28(4), 544-547.
- Hahn, W.K. (2000). Shame: Countertransference identifications in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 37, 10-21.
- Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J. M., Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17(95), 1-21.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97.
- Hayes, J., & Vinca, J. (2011). Therapist presence and its relationship to empathy, session, depth, and symptom reduction. Paper presented to the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross, (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255-265). New York: Oxford University Press.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207.
- Hill, C., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50, 68–76.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139-149.
- Hycner, R., & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in Gestalt Therapy: A dialogic/self psychology approach*. New York: Gestalt Journal.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 139-193. New York: Wiley.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–36). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Larner, G. (1995). The real as illusion: Deconstructing power in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 17, 191–217.
- Larner, G. (2000). Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy: On knowing not to know. *Journal of Family Therapy*, 22, 61–82.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347-360.

- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counseling and psychotherapy*. London: Sage.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: Methods and contributions. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5<sup>a</sup> ed., pp. 49-84). New York: Wiley.
- Moltu, C., & Binder, P. E. (2011). The voices of fellow travellers: Experienced therapists' strategies when facing difficult therapeutic impasses. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 250-267.
- Moltu, C., Binder, P. E., & Nielsen, G. H. S. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists' inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20(3), 309-320.
- Moltu, C., Binder, P., & Stige, B. (2012). Collaborating with the client: Skilled psychotherapists' experiences of the client's agency as a premise for their own contribution in difficult therapies ending well. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(2), 85-108.
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: An experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 331-337.
- Muran, J. C., & Hungr, C. (2013). POWER PLAYS, NEGOTIATION, AND MUTUAL RECOGNITION IN THE THERAPEUTIC ALLIANCE: "I NEVER MET A CLIENT I DIDN'T LIKE... EVENTUALLY". In Annual Convention of the American Psychological Association, 113, Aug, 2005, Washington, DC, US; An earlier version of this chapter was presented as part of a panel entitled "What to Do When You Hate Your Patient" at the aforementioned conference. American Psychological Association.

- Muran, J.C., Safran, J.D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate the therapeutic alliance. In J.C. Muran & J.P. Barber (Eds.), *Therapeutic alliance: An evidence-based approach to practice and training* (pp.320-340). New York, NY: Guilford Press.
- Nolan, S. A., Strassle, C. G., Roback, H. B. & Binder, J. L. (2004). Negative treatment effects in dyadic psychotherapy: A focus on prevention and intervention strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(4), 311-330.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). Comparative cohort development: Novice to senior therapists. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and Professional growth*. (pp. 143-157). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pos, A., Geller, S., & Oghene, J. (2011). *Therapist presence, empathy, and the working alliance in experiential treatment for depression*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.
- Safran, J. D., & Muran, J. C., (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J. D. & Belotserkovsky, J. N. (2009). Affect regulation, metacommunication and mindfulness in action. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 292-309.
- Thériault, A., & Gazzola, N. (2010). Therapist feeling of incompetence and suboptimal processes in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 233-243.

Vasco, A. B. (1993). Resistência e erros inferenciais: Notas sobre as “perturbações”. do psicoterapeuta. *Psicologia*, Vol. IX, 75-80.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

**Instrumento de Recolha de Dados – Versão atualizada na plataforma online**

## **PSYCHOTHERAPISTS CONTACTING EXPERIENCES OF NOT KNOWING**

### **IN THE SESSION**

Description of the Research: Our research team in the clinical psychology program at the Psychology Department, Lisbon University invites you to participate in a research study on moments of not knowing (MONK) in psychotherapy. MONK is defined here as significant and repeated experiences of uncertainty and doubt during sessions. We welcome and appreciate your participation and invite you to read the Informed Consent information below before taking part in the survey, which has been through the Ethics Committee.

Research Procedures: You will be asked to answer some questions via this online platform. The questions are separated in three blocks: (1) demographic information; (2) qualitative questions that can give us more detailed information about your own experience of moments of not knowing (MONK) plus a few quantitative questions concerning the topics addressed in this study; (3) and finally you have the option to answer a short questionnaire about therapeutic presence that may help you revise the specific MONK you chose to answer in the 3 initial questions. In the end of the questionnaire, we still ask you very briefly about your experience and motivation as a participant in this research.

This should take approximately 30 minutes to complete.

This research is being conducted by Inês Pulido Valente, B.A. (Psychology), a master level student at the Faculty of Psychology, Lisbon University, supervised by Nuno Conceição, Ph.D. (Psychology), Guest Assistant Professor at the Faculty of Psychology, Lisbon University, Portugal.

Selection of participants: The participants of this study are Psychotherapists of any theoretical approach.

Risks and Benefits: Participating in this study has the potential to provide you with an opportunity to reflect on yourself as well as on your work and experience as a psychotherapist. Participating in this study involves no risk. The participants will be given the researchers' contact information during the debriefing period, and can directly contact the researchers with any questions or concerns.



Confidentiality: Protection of individuals' identities will be based on the guidelines provided by the American Psychological Association (APA). The material used for the on-line format was developed on a secure platform, via Qualtrics, specifically constructed for this study. Participation is strictly anonymous and completely voluntary. You will not be required to provide your name on any of the survey materials.

Withdrawal from the study: "I understand that I may choose to withdraw from this study at any time without negative consequences."

Questions: "I understand that if I wish further information regarding my rights as a research participant, I may contact the researcher Inês Pulido Valente, B.A. (Psychology), a master level student at Psychology Faculty, Lisbon University, at inespvalente@hotmail.com".

Results: The responses to this questionnaire will constitute some of the data for the 1st researcher's dissertation requirements. The results could potentially be used at conferences and in relevant publications. No identifying personal information ever will be shared in these publications or presentations.

If you agree to participate, you agree with this consent form and you are required to fill your answers on the following online pages. Once you get to the end you will be able to press the "forward" button and your survey will be considered completed.

We thank you in advance!

PLEASE FILL OUT THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT YOURSELF.

Gender

- Male
- Female

Age

Nationality

City where you practice

Highest Educational Degree Obtained:

- B.S./B.A.
- M.S./M.A. (in counselling/clinical/marriage and family/school)
- PhD/PsyD/EdD (in clinical/counselling/school psychology)
- MSW (social work)
- M.D (psychiatry)

Race/Ethnicity (check as many as apply):

- White American
- African American
- Asian American/Pacific Islander
- Hispanic American
- Middle Eastern
- Native American/Alaskan Native
- Multiethnic (please specify): \_\_\_\_\_
- International (please specify): \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

In your clinical practice, how much do you think you are influenced by each one of the following theoretical perspectives? (Please rate all the scales below)

	Nothing 1	2	3	4	5	Totally 6
Psychoanalysis/Psychodynamic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behaviour Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognitive Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humanistic Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interpersonal Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemic Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other (specify approach or model)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
To what extent do you regard your orientation as eclectic or integrative?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Which of the following categories best describes your professional practice experience?

- Less than 18 months
- 1,5 to 3,5 years
- 3,5 to 7 years
- 7 to 15 years
- 15 to 25 years
- More than 25 years of experience

Approximately how many clients do you see per week?

As part of our research into the experience of “not knowing” by therapists in practice, what we wish to find out how they experience Moments Of Not Knowing (MONK) in sessions, how they handle these and if or what do they learn from them.

MONK is defined here as significant and repeated experiences of uncertainty and doubt during sessions. In MONK you are repeatedly challenged in your more usual ways of working, leading you to awkward experiences feeling unproductive or lost with that same client. Your clinical decision making process stalls repeatedly. Your cherished ways of conducting psychotherapy, even integrative ones, are not helping significantly.

We are going to ask you a few questions. There is no right or wrong way of answering them. Please remind yourself of a recent session with significant MONK that ended up learning something from this experience with your client. Please recall and get in touch with the details of that experience. Bring it to your mind and body.

Keeping this session in mind, please answer the following questions in as much detail as you can:

### **CLIENT MARKERS IN MONK:**

#### **What you see in your client in MONK - SPECIFIC SESSION EVENT -**

1. What does the client express or do, that makes you feel helpless or not knowing, in this specific session?

Bring your attention to verbal communication but also to body posture, gestures, facial expressions, and the eye contact of your client. How emotionally aroused does he or she look like? How does he or she seem to be feeling? What else do you notice in him or her?

### **THERAPIST MARKERS IN MONK:**

#### **What you see in yourself in MONK - SPECIFIC SESSION EVENT -**

2. How do you relate to the experience of not knowing (recurrent impasse, doubt, uncertainty or block) in this specific session?

Bring gentle awareness to what has been triggered in you. Please share your struggling process while handling the experience of not knowing, with regards to your feelings and thoughts, your somatic awareness and your level of presence, your mental activity and your clinical decision-making process.

### **UNFOLDING & LEARNING IN MONK:**

#### **What you both do and learn with MONK - SPECIFIC SESSION EVENT -**

3. Did MONK in this specific session unfold productively? Which were the helpful or hindering factors? Did you learn or are you learning from the experience you just

described? Did you learn or are you learning from your client you just described? How so?

### **LEARNING AND DEVELOPMENT WITH MONK:**

#### **What you learn/learnt with MONK - GENERIC EVENTS -**

4. Did MONK like the one you chose before influence your perspectives on therapy and your role or style as a therapist? What are the most important therapeutic skills, attributes or lessons that have been, in some way, a result of your MONK experiences with your clients? How so?

### **REFLECTING ABOUT TRAINING IN MONK:**

#### **How you know about MONK - GENERIC EVENTS -**

5. Did you have any formal or informal training that was specifically useful for MONK like the one you chose before? Which seemed least and most helpful to you in terms of training? What do you feel or suggest may still be missing in you or in training opportunities regarding MONK?

INDICATE HOW MUCH TRAINING YOU HAVE HAD ABOUT MINDFULNESS:

- ☐ No Training At All 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Extensive Training 5

INDICATE HOW MUCH TRAINING YOU HAVE HAD ABOUT REPAIRING ALLIANCE RUPTURES:

- ☐ No Training At All 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Extensive Training 5

HOW COMPETENT DO YOU FEEL ABOUT WORKING WITH MONK (MOMENTS OF NOT KNOWING) IN PSYCHOTHERAPY?

- ☐ Not At All Competent 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Extremely Competent 5

OVERALL, HOW OPEN DO YOU FEEL TO MONK IN PSYCHOTHERAPY?

- ☐ Not At All Open 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Extremely Open 5

OVERALL, HOW OPEN ARE YOU TO LET YOUR CLIENT TEACH OR SUPERVISE YOU IN PSYCHOTHERAPY?

- ☐ Not At All Open 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Extremely Open 5

THANK YOU!

Next you will have the option to answer a light scale about Therapeutic Presence with only 21 Likert items. It may help you revise the specific MONK you chose to answer

- Yes, I can try it!
- No. Sorry, I have no time/interest

We are delighted you reached this point! Thank you!

Thank you for your participation!

## THERAPEUTIC PRESENCE INVENTORY – THERAPIST VERSION

[illegible]

[illegible]



## **Anexo B**

### **Cruzamento de Variáveis Quantitativas.**

### Quadro 3.

Cruzamento da variável Treino em *Mindfulness* X Competência para Trabalhar com MONK em psicoterapia e respectivas frequências.

	0 Nenhum treino	1	2	3	4	5 Treino Intensivo
Nenhuma Competência	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0
1	0	1	1	1	2	0
2	0	1	1	2	4	4
3	1	0	1	0	5	5
4	2	0	3	3	2	4
5 Totalmente Competente						

**Nota:** Os valores da escala de likert podem ser interpretados segundo três intervalos: Valor 0 e 1 correspondem a pouco treino/competência; Valor 2 e 3 correspondem a treino/competência moderado; Valor 4 e 5 correspondem a treino intensivo ou totalmente competente.

### Quadro 4.

Cruzamento da variável Treino em *Mindfulness* X Abertura a MONK em psicoterapia e respectivas frequências.

	0 Nenhum treino	1	2	3	4	5 Treino Intensivo
Nada Aberto	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	1	0
2	0	0	1	1	1	0
3	1	2	0	1	7	6
4	2	0	4	3	5	7
5 Totalmente Aberto						

**Nota:** Os valores da escala de likert podem ser interpretados segundo três intervalos: Valor 0 e 1 correspondem a pouco treino/abertura; Valor 2 e 3 correspondem a treino/abertura moderada; Valor 4 e 5 correspondem a treino intensivo ou totalmente aberto.

**Quadro 5.**

Cruzamento da variável Treino em Mindfulness X Abertura para se deixar ser ensinado e supervisionado pelos seus pacientes e respectivas frequências.

	0 Nenhum treino	1	2	3	4	5 Treino Intensivo
<b>Nada Aberto 0</b>	0	0	0	0	0	0
<b>1</b>	0	0	0	0	1	0
<b>2</b>	0	0	1	0	1	0
<b>3</b>	0	2	0	0	3	3
<b>4</b>	1	0	1	4	3	7
<b>5 Totalmente Aberto</b>	2	0	3	2	6	3

**Nota:** Os valores da escala de likert podem ser interpretados segundo três intervalos: Valor 0 e 1 correspondem a pouco treino/abertura; Valor 2 e 3 correspondem a treino/abertura moderada; Valor 4 e 5 correspondem a treino intensivo ou totalmente aberto.

**Quadro 6.**

Cruzamento da variável Prática Profissional X Competência para Trabalhar com MONK em psicoterapia e respectivas frequências.

	< 18 meses	1,5 - 3,5 anos	3,5 – 7 anos	7 – 15 anos	15 – 25 anos	>25 anos
<b>Nenhuma Competência 0</b>	0	0	0	0	0	0
<b>1</b>	0	0	0	0	0	1
<b>2</b>	1	0	1	0	2	1
<b>3</b>	0	2	1	1	1	7
<b>4</b>	0	0	1	2	1	8
<b>5 Totalmente Competente</b>	0	0	0	2	2	10

**Nota:** Os valores da escala de likert podem ser interpretados segundo três intervalos: Valor 0 e 1 correspondem a pouca competência; Valor 2 e 3 correspondem a competência moderada; Valor 4 e 5 correspondem a totalmente competente.

**Quadro 7.**

Cruzamento da variável Prática Profissional X Abertura a MONK em psicoterapia e respectivas frequências.

	< 18 meses	1,5 - 3,5 anos	3,5 – 7 anos	7 – 15 anos	15 – 25 anos	>25 anos
<b>Nada Aberto</b>						
<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
<b>1</b>	0	0	0	0	0	0
<b>2</b>	0	0	0	0	1	2
<b>3</b>	1	0	0	0	1	1
<b>4</b>	0	2	2	3	2	8
<b>5</b>						
<b>Totalmente Aberto</b>	0	0	1	2	2	16

**Nota:** Os valores da escala de likert podem ser interpretados segundo três intervalos: Valor 0 e 1 correspondem a pouca abertura; Valor 2 e 3 correspondem a abertura moderada; Valor 4 e 5 correspondem a totalmente aberto.

**Quadro 8.**

Cruzamento da variável Prática Profissional X Abertura para se deixar ser ensinado e supervisionado pelos seus pacientes e respectivas frequências.

	< 18 meses	1,5 - 3,5 anos	3,5 – 7 anos	7 – 15 anos	15 – 25 anos	>25 anos
<b>Nada Aberto</b>						
<b>0</b>	0	0	0	0	0	0
<b>1</b>	0	0	1	0	0	0
<b>2</b>	0	0	0	0	1	1
<b>3</b>	0	0	1	2	2	3
<b>4</b>	0	2	1	2	1	10
<b>5</b>						
<b>Totalmente Aberto</b>	0	0	0	1	2	13

**Nota:** Os valores da escala de likert podem ser interpretados segundo três intervalos: Valor 0 e 1 correspondem a pouca abertura; Valor 2 e 3 correspondem a abertura moderada; Valor 4 e 5 correspondem a totalmente aberto.

**Anexo F**  
**Quadros de Categorias principais com Total de fontes e referências de cada subcategoria.**

**Quadro 9.**

Subcategorias de “*Monk experienced and perceived by therapist*”, com total de fontes e referências

	Fontes	Nr. de Referências
<b>Client Markers</b>	35	67
<b>Withdrawal Markers</b>	28	48
Denial	13	18
Avoidant Storytelling and/or Shifting Topic	8	9
Minimal Response	7	8
Abstract Communication	5	5
Self-criticism and/or hopelessness	4	4
Content/Affect split	4	4
<b>Confrontation Markers</b>	16	19
Efforts to control/ pressure therapist	10	10
Patients rejects therapist intervention	6	6
Complaints/concerns about the therapist	2	3
<b>Therapist Markers</b>		
<b>Painful and Difficult Feelings</b>	27	59
Confuse, Lost, Uncertain	12	14
Incompetence, Inability, Self-doubt, Ineffective	9	13
Tension and anxiety	8	9
Frustration	6	6
Anger and Irritated	5	5
Disconnected and Distance	3	3
Somatic Components	3	4
Impatient	2	2
Uncomfortable with silence	1	1
Guilty	1	1

**Quadro 10.**

Subcategorias de “*What therapist does to handle monk*”, com total de fontes e referências.

	Fontes	Nr. de Referências
<b>Attitude of Presence and Mindfulness</b>	21	46
Take a breath, peace, quiet and patience	11	12
Stay Present	7	7
Stay at the moment / being with the patient	7	7
Listen	4	5
Stay Open	3	3
Honesty and Empathy	3	5
Curiosity	2	2
Connected	2	3
Trust	2	2
<b>Metacommunication</b>	14	17

**Quadro 11.**

Subcategorias de “*Formal and informal training*”, com total de fontes e referências.

	Fontes	Nr. de Referências
<b>Clinical Practice</b>	11	12
<b>Supervision</b>	21	25
<b>No specific training</b>	11	11
<b>Mindfulness</b>	8	8
<b>Literature</b>	5	8
<b>Research and Videotaping</b>	1	1
<b>Specific Models</b>	9	11
Client-cantered therapy	3	4
Existential therapy	2	2
Humanistic traditions	2	2
Psychodynamic training	2	2
Somatic experienced training	1	1

**Quadro 12.**

Subcategorias de “*Lessons learned from monk*”, com total de fontes e referências

	Fontes	Nr. de Referências
<b>“Bracketing” or “Suspension” of theories or categorizations</b>	14	21
<b>The importance of being Present</b>	26	47
Accepting attitude	6	7
Be Patient and Persistent	6	8
Being Authentic	2	2
Listening	4	4
Mindful, non-judgemental	13	6
Relaxed and Curious	1	2
Slow Down	2	2
Trusting in the therapy, patient and process	5	5